FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

802

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHATEAU JEAN - FRANÇOIS

ANCIEN EXTERNE EN PREMIER des HOPITAUX de PARIS

Né le 11 Mars 1931 à BEAUVAIS (OISE)

Présentée et soutenue publiquement le *1958*

A PROPOS D'UN CAS

de

GOMME GÉANTE SYPHILITIQUE

AVEC SÉROLOGIE NÉGATIVE

(PROBLEMES POSES)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. DEGOS

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHATEAU JEAN - FRANÇOIS

ANCIEN EXTERNE EN PREMIER des HOPITAUX de PARIS

Né le 11 Mars 1931 à BEAUVAIS (OISE)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Présentée et soutenue publiquement le *1958*

A PROPOS D'UN CAS

de

GOMME GÉANTE SYPHILITIQUE

AVEC SÉROLOGIE NÉGATIVE

(PROBLEMES POSES)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. DEGOS

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551516_0032

PROFESSEURS HONORAIRES :

ENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), HABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), ONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARTIER (P.) AROCHE (G.), LAUERY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.) IAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), ONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), EZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

natomie		CORDIER (G.)
natomie Pathologique		DELARUE (A.)
actériologie		FASQUELLE (R.)
iochimie Médicale		JAYLE (M.F.)
iologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
iologie Médicale		FAUVERT (R.)
ancérologie Médicale et sociale		BERNARD (J.)
linique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
liniques Chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	QUENU (J.)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (C.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
linique Chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
linique de Chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-d'ALLAINES(F)
linique de Chirurg. infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
linique de Chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
linique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
linique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
linique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
linique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
linique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
linique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
linique des maladies du sang		MARCHAL
linique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
liniques Médicales	Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
linique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
linique Médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
linique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
linique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
liniques Obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT (J.)

des maladies de la nutrition

inique de beuro-chirurgie

iniques Obstétricales { Baudelocque / Port-Royal

PETIT-DUTAILLIS (D.)
LACOMME (M.)
VARANCOT (J.)

des maladies de la nutrition

linique de beuro-chirurgie

liniques Obstétricales { Baudelocque / Port-Royal

PETIT-DUTAILLIS (D.)
LACOMME (M.)
VARANCOT (J.)

Clinique d'Obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	CALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.) pr s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie Pathologique	GAUTHIER-VILLARD Mlle P. pr.s.ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.) pr.s.ch. DESCREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)

Biologie Médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	COUJARD (F.
Histologie	N ...
	N ...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr.s.ch.
	DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies Infectieuses	BASTIN (R.)
	DEROBERT (L.) pr.s.ch.
Médecine légale	GAULTIER (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (P.)
	GRASSET (J.)
	LE LORIER (G.)
	LEPAGE (F.)
Obstétrique	MERGER (P.)
	MORIN (P.)
	RAVINA (J.)
	ROBEY (E.)
Ophtalmologie	BRECEAT (P.)
Orthopédie	DESVIGNES (P.)
	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.)
	MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
	CHABAUD (A.)
	ABOULKER (P.)
	BARCAT (J.)
	BAUMANN (J.)
	CAUCHOIX (J.)
	DUBOST (C.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
Pathologie chirurgicale	GERMAIN (A.)
	GOSSET (J.)
	LAURENCE (G.)
	LORTAT-JACOB (J.)
	MATHEY (J.)
	OLIVIER (Cl.)
	POILLEUX (F.)
	THOMERET (C.)
	VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
	MAURICE (P.)

Pathologie médicale	BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MAGREZ (C.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N ...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	CHEYNOL (J.) pr.s.ch. LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
Physiologie	BARJETON (D.) pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique Médicale	DJOURND (A.) pr.s.ch. COUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) HAGUENEU (J.) pr.s.ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

==========

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL (J.)
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL (C.)

Conservateur, chargé de la direction .... M. le Dr. HAHN(A.)
Conservateur ..... Mlle COICHON (A.)
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MA FIANCÉE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. D E G O S,

Qui a bien voulu accepter la présidence de mon jury de thèse.

A MON MAITRE LE DOCTEUR J. H E W I T T,

Qui m'a accueilli dans son service comme provisoire, a bien voulu me confier cette observation, a inspiré cette thèse

A SES ASSISTANTS :

Monsieur le Docteur J.J. MEYER de SCHEID,

Monsieur le Docteur RICHON,

Monsieur le Docteur DESVIGNES.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stages

Monsieur le Professeur Camille LIAN.

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO.

Monsieur le Professeur LEMAIRE.

Monsieur le Professeur Jean PATEL.

Externat :

Monsieur le Professeur MOULONGUET.

Monsieur le Professeur Jean RAVINA,
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur René MOREAU.

Monsieur le Professeur De GENNES.

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX.

Monsieur le Professeur Marcel PERRAULT.

Monsieur le Professeur Jean CATHALA.

Monsieur le Professeur LELONG.

Monsieur le Professeur ALAJOUANINE.

A LEURS ASSISTANTS :

Monsieur le Professeur J.M. VERNE.

Monsieur le Docteur René MUSSET,
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur GALLOT,
Médecin de l'Infirmerie spéciale.

Monsieur le Docteur Boris KLOTZ.

Monsieur le Docteur CONTAMIN.

Monsieur le Professeur Henri BRICAIRE.

Monsieur le Docteur TOURNEUR.

Monsieur le Docteur SATGÉ.

Monsieur le Docteur CANLORBE.

Monsieur le Docteur ALISON.

Monsieur le Docteur ALACILLE.

Monsieur le Docteur NICK.

Monsieur le Professeur LHERMITTE.

Monsieur le Professeur CASTAIGNE.

OBSERVATIONS

INTRODUCTION

HISTORIQUE - DÉFINITION

Si les gommes syphilitiques sont désormais un accident relativement rare, à plus forte raison les gommes géantes représentent-elles une manifestation exceptionnelle, étonnant les médecins qui les rencontrent, la plupart du temps à l'origine d'erreurs de diagnostic.

C'est déjà sur ce problème qu'insistait FOURNIER, qui les étudie longuement bien qu'elles lui paraissent suffisamment rares pour qu'il énumère les cas qu'il a rencontrés, au nombre de quatre :

- un cas de CHARRIER et RENON
  publié aux Annales de Dermatologie en 1896, gomme du mollet, que nous analyserons plus loin;

- un cas présenté à la Société des Hôpitaux de gomme de la cuisse de 10 cm x 14 cm

- un cas de MENDEVILLE de gomme du cou;

- un cas de de AMICIS de gomme du dos de 21 cm sur 10 cm d'épaisseur.

Leur seul intérêt, pour FOURNIER est "qu'elles sont " exposées à être prises pour ce qu'elles ne sont pas, en particulier " des tumeurs malignes".

Les autres traités classiques ne s'étendent pas. DAMIER répète FOURNIER, citant le cas de de AMICIS. MILIAN les cite, disant"qu'elles peuvent réaliser de véritables tumeurs."

GOUGEROT les mentionne simplement.

JEANSELNE s'étend un peu plus et cite une observation de GOUGEROT de gomme géante de l'épaule, en parlant de la ponction. Il se réfère souvent à LACAPERE , reproduisant un cliché de celui-ci de gomme géante dorso-lombaire.

C'est, en effet, surtout dans le traité de LACAPERE. La Syphilis Arabe - que l'on trouve les plus grandes descriptions. Il insiste sur leur relative fréquence dans cette région, en analyse en détails les raisons qui, pour lui, tiennent aux conditions ethniques et sanitaires. Quelques clichés sont reproduits.

Nous avons relevé 5 Observations, publiées dans :

- Le Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphili - graphie et présentées à cette Société;
  - la première d'Henri FEULARD le 12 Février 1891,
  - la deuxième citée par FOURNIER, de CHARRIER et RENON le 10 Décembre 1896,
  - la troisième de FOURNIER CROUZON le 6 Juin 1901,
  - la quatrième, plus récente, de LOUSTE et LEVY-FRANCKEL le 12 Février 1931.
- Une observation italienne de GIORGIO FALCHI présentée à la Société médico-chirurgicale de PAVIE, rapportée dans les Annales de Dermatologie en 1938.
- Enfin, nous joignons à ces observations un cas présenté par COSTE - PIGUET - BOISSIERE le 13 Février 1947 de gomme volumineuse mais non pas géante pour son intérêt thérapeutique.

Notre observation a été rapportée en 1956 à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie par MM. J. HEWITT et J.J.MEYER de SCHMID, gigantesque gomme de la jambe, qui pose un problème diagnostique difficile avec un sarcome des parties molles.

Voici les observations rapportées.

OBSERVATION № 1

Syphilis ignorée et méconnue, vaste tumeur gommeuse de la cuisse datant de deux ans et guérie en deux mois par le traitement spécifique

par Henri FEULARD

" Dans la dernière séance, j'avais l'honneur de vous
" présenter un jeune enfant syphilitique atteint de lésions carac -
" téristiques, si caractéristiques qu'elles permirent, en dehors de
" tout renseignement, de les rapporter à l'hérédo-syphilis et d'af -
" firmer chez le père et la mère de cet enfant l'existence d'une sy-
" philis jusque là ignorée d'eux, syphilis méconnue et non traitée
" qui avait été la cause de quatre avortements avant la naissance de
" ce petit malade.

" Le cas que je vous soumets aujourd'hui n'est pas
" sans analogie avec le précédent; une syphilis, ici encore ignorée
" et méconnue, va provoquer quatre avortements et la naissance d'un
" enfant hérédo-syphilitique; mais de plus, grâce à cette syphilis
" ignorée et méconnue, le malade que je vous présente a failli per -
" dre l'un de ses membres. Atteint d'une énorme tumeur gommeuse de
" la cuisse, dont la nature n'a pas été reconnue,on lui a proposé
" l'amputation dans l'hôpital où il était entré d'abord et peu s'en
" fallu que l'opération n'ait été faite. Je proteste à l'avance -
" ai-je besoin de le dire - contre toute intention de malignité
" qu'on pourrait attribuer à ce récit; en matière de syphilis, les
" erreurs de diagnostic entraînant une intervention chirurgicale ne
" sont pas rares; quelques-unes sont rapportées dans les traités
" classiques. Je vous rappellerai seulement, à cause de sa ressem -
" blance avec le cas actuel, le fait rapporté par M. LE DENTU au
" Congrès de 1889 et relatif à un de nos confrères à qui trois pro-
" fesseurs de la Faculté avaient conseillé l'amputation de la jambe

" pour un sarcome supposé et qui guérit avec le traitement spécifique.
" Puisque de telles erreurs peuvent être commises par les cliniciens
" les plus expérimentés, il y a donc intérêt à connaître les faits de
" ce genre, car qui est assuré de ne jamais commettre une erreur de
" diagnostic. Et l'on va voir que, dans le cas présent, et au moment
" où l'erreur a été commise, il y avait beaucoup de raisons pour qu'el-
" le pût l'être.

" Notre malade, A ... R ..., actuellement âgé de
" 39 ans, nie tout antécédent syphilitique et ne présente, en dehors
" de sa lésion actuelle, aucun stigmate de syphilis.

" Il y a deux ans, en Décembre 1888, il a commen-
" cé à ressentir dans la cuisse gauche des élancements douloureux, mais
" assez profonds, jusqu'au mois de Juin de l'année 1890, c'est-à-dire
" pendant près de dix-huit mois, il affirme n'avoir remarqué aucun
" changement dans l'état de la peau, ni dans le volume des membres.

" Le 1er Juin 1890, il fait une chute peu im -
" portante; il manque, en descendant d'une échelle, les derniers éche-
" lons et sa jambe gauche est soumise à un violent effort.

" Le soir même, il ressent de la douleur dans le
" genou et dans la cuisse gauches, constate, les jours suivants, que
" celle-ci a augmenté de volume, en même temps qu'apparaissait une
" vaste ecchymose.

" Le malade se rend à un hôpital pour y consul -
" ter un chirurgien. Le titulaire du service étant absent, le chirur-
" gien du Bureau Central, qui faisait le service, fit entrer le malade
" en lui disant qu'une opération était nécessaire; la cuisse était,
" parait-il, très enflée et de couleur violacée. Quel diagnostic fut
" posé, peut-être celui d'une tumeur vasculaire, d'un anévrysme trau-
" matique, car le malade rapporte qu'on ausculta sa cuisse "pour y
" entendre des battements". Toutefois, le titulaire du service étant
" rentré peu de jours après, il y eut consultation entre les deux chi-
" rurgiens et toute opération fut ajournée. Ce malade partit. On lui
" ordonne d'appliquer un large emplâtre de belladone (28 cm x 32 cm), de
" prendre 4 gouttes de Liqueur de Fowler à chaque repas et des pilules
" d'opium pour la nuit.

" Rappelons que le malade, ignorant lui-même de
" sa syphilis, ne pouvait aider au diagnostic. Cependant, les souffrances

" persistaient nuit et jour, avec des intervalles d'accalmie pendant
" lesquels il travaillait encore.

" Après un mois du traitement ordonné, voyant qu'il
" n'obtenait aucun résultat, lassé, le malade retourne au même ho-
" pital, décidé à réclamer lui-même une opération. C'était en plei-
" nes vacances, le hasard le fait entrer dans un service de chirurgie
" différent de celui où il avait été admis une première fois. La
" cuisse était restée fort volumineuse et dure, seulement, la peau
" était moins violacée, l'ecchymose étant en voie de disparition.
" Le chirurgien du Bureau Central, qui faisait ce service et qui
" n'était pas le même que celui qui avait vu le malade la première
" fois, crut sans doute à quelque volumineuse tumeur maligne de la
" cuisse, si bien qu'après quelques jours d'examen, il déclara au
" malade qu'il se voyait dans la nécessité de lui proposer l'ampu -
" tation.

" Pris de peur, le malade quitte l'hopital et va se
" mettre entre les mains d'un empirique. Celui-ci applique naturel-
" lement sur la fameuse tumeur une pommade plus ou moins irritante
" (du 25 Septembre au 24 Octobre), et, au bout d'un mois, à la grande
" satisfaction du malade, le mal aboutit, c'est-à-dire qu'en trois ou
" quatre points, il est cétagorique sur ce fait, la peau s'ulcère et que
" ces ulcérations s'aggrandissent peu à peu, formant une vaste ulcéra-
" tion, auprès de laquelle apparait bientôt un autre ulcère plus petit
" composé primitivement, lui aussi, de deux ulcérations.

" Le malade retourne alors au même hôpital, trouve le
" chirurgien titulaire du second service auquel il montre sa cuisse et
" celui-ci lui propose d'entrer de nouveau afin qu'on puisse étudier
" et suivre sa maladie.

" Le malade s'y refuse, redoutant sans doute encore
" quelque nouvelle proposition d'opération, et vient à une des con-
" sultations de Chirurgie de l'Hôpital St-Louis (10 Décembre); on lui
" ordonne, sans autre détail, de la pommade mercurielle à mettre sur
" les plaies et deux cuillerées à café de la solution d'iodure de K à
" prendre chaque jour. En huit jours, avec ces doses minimes, une amé-
" lioration se produit cependant et quand le malade retourne à la
" consultation, M. LUCAS-CHAMPIONNIERE établissait le diagnostic réel
" de sa maladie lui indiquant de venir le samedi à la consultation de
" M. le Professeur FOURNIER.

" Le malade entra donc à la Salle St-Louis le 29 Décem-
" bre 1890. Son état au moment de son entrée était celui qui est re -

" présenté sur ce moulage de M. BARETTA (Musée Coll.
" générale N°1568).

" La cuisse gauche, très augmentée de volume, présente,
" sur le milieu de sa face antéro-externe, deux ulcérations. L'une,
" la plus grande, de forme ovalaire, disposée transversalement, me-
" sure 7 cm dans son plus grand diamètre. Les bords sont durs, élevés
" en bourrelet, le fond détergé et granuleux au centre, est recou -
" vert vers les deux extrémités de l'ovale par deux escarres noi -
" râtres épaisses et adhérentes.

" Un peu au-dessous de cette première ulcération en existe
" une deuxième en forme de croissant, formée vraisemblablement par la
" réunion de deux ulcères primitifs, le fond est bourbillonneux. les
" bords répètent la disposition des bords de la grande. En somme, type
" d'ulcères en voie d'éliminer leur bourbillon.

" La peau, autour de ces ulcérations, est rouge violacée,
" gonflée et tendue, elle ne glisse pas sur les parties sous-jacentes.
" Par la palpation, on détermine une masse volumineuse, dure, faisant
" corps avec l'os, non mobile, la pression est relativement peu doulou-
" reuse.

" La circonférence de la cuisse à ce niveau mesure 8 cm de
" plus que la cuisse du côté opposé (42 cm à gauche; 34 à droite).

" En l'absence de M. le Professeur FOURNIER, nous n'hési -
" tâmes pas, malgré les dénégations du malade et l'absence absolue de
" renseignements, à poser le diagnostic de tumeur gommeuse, tumeur
" gommeuse du muscle triceps, s'étant fait jour vers l'extérieur et
" ayant ulcéré la peau, diagnostic qui ressortait de l'objectivité
" des ulcérations cutanées, de la marche lente des accidents, de leur
" peu de douleurs, et que contribuait à indiquer l'amélioration sur-
" venue à la suite des premières doses de traitement spécifique.

" Celui-ci fut de suite institué et le malade prit pro-
" gressivement deux, puis trois, puis quatre frammes d'iodure de K, en
" même temps qu'on lui fit des frictions mercurielles.

" Le résultat heureux ne se fit pas attendre, je passe
" par-dessus le détail de la guérison, qui se produisit dans l'ordre
" que voici : la petite tumeur située au-dessus de la grande ulcération
" et qui était devenue fluctuante, prête à s'ouvrir, disparut sans ulcé-
" ration.

" Les deux petites ulcérations inférieures se déter-
" gèrent rapidement, bourgeonnèrent et étaient cicatrisées, comme vous
" pouvez le constater aujourd'hui, dès le 20 Janvier.

" La grande ulcération mit un peu plus de temps à
" s'améliorer et la guérison ne fit de réels progrès qu'après l'élimi-
" nation des deux grosses escarres noirâtres que vous voyez figurées
" sur le moulage et qui mirent une quinzaine de jours avant de se dé -
" tacher. Mais une fois cette élimination, les plaies se mirent à bour-
" geonner par leur fond, tandis que les bords se ramollissaient et s'af-
" faissaient.

" Enfin, la cuisse, peu à peu, reprenait son volume
" normal et le muscle, sa mobilité; aujourd'hui, vous pouvez voir que la
" cuisse gauche est de même volume que la cuisse droite, que les parties
" molles sont devenues souples et mobiles et que la cicatrisation de la
" grande ulcération, encore incomplète, n'est plus qu'une affaire de
" jours. Le malade peut être considéré comme guéri, le traitement aura
" duré deux mois environ, les premiers symptômes paraissant remonter à
" un peu plus de deux ans.

" La syphilis ne pouvait donc faire aucun doute, et,
" convaincu de la nature de son mal, le malade, si tant est que ses dé-
" négations fussent intéressées, n'avait plus aucune raison de nous
" tromper.

" Or, il a beau chercher dans ses souvenirs, il ne
" se souvient de rien, la syphilis, chez lui, aura été assez bénigne à
" ses débuts, pour passer, comme il arrive souvent, inaperçue. Rien qui
" nous permette d'en faire un syphilitique héréditaire.

" Nous avons continué notre enquête et voici ce que
" nous avons trouvé :

" La femme de ce malade, vue par nous, est bien por-
" tante et n'a jamais eu aucun accident spécifique à ce qu'elle sait;
" elle n'en présente aucune trace.

" Le mariage a eu lieu en 1879 et cette femme a fait
" successivement, dans l'espace de trois ans, quatre fausses couches;
" la première au bout de six mois de ménage, fausse couche de 5 mois ½,
" la seconde de six mois ½, la troisième de 7 mois; la quatrième, un an
" après, de 8 mois, puis, après un intervalle de 18 mois, après la der-
" nière fausse-couche, naissance d'un enfant actuellement vivant et que

" nous avons pu voir. Cet enfant, aujourd'hui âgé de sept ans, est né
" avec une paralysie du bras droit et a présenté, un mois après sa nais-
" sance, une éruption généralisée de boutons, il n'a marché qu'à dix-huit
" mois et a parlé à deux ans. Pendant longtemps, il a eu des écoulements
" d'oreille.

" Aujourd'hui, il a sa taille normale, son crâne un
" peu plat transversalement, a des bases frontales très saillantes, le nez
" est aplati à sa racine, pas de déformation du thorax, ni des membres,
" quelques cicatrices à la partie inférieure du dos, les testicules sont
" comme de gros haricots. La dentition est en mauvais état, il est vrai
" qu'elle est en voie de transformation.

" Machoire inférieure : les deux incisives médianes,
" de deuxième dentition, ont un bord en scie; les incisives externes ne
" sont pas encore repoussées. Les canines sont repoussées, celle de gau-
" che présente de nombreuses dépressions, et déjà un petit point de carie.

" Les petites molaires internes (de première dentition)
" sont cariées; la petite molaire externe gauche est cariée, celle de droi-
" te est absente, les premières grosses molaires de chaque côté sont tou -
" tes deux cariées.

" Machoire supérieure : Les incisives médianes pré -
" sentent chacune un sillon transversal très net, elles sont dirigées en
" dehors et largement séparées l'une de l'autre; les incisives externes
" manquent; les canines qui sont encore de la première dentition présen-
" tent de nombreux sillons et sont cariées; les premières petites molai-
" res sont absentes, les deuxièmes sont cariées. Les premières grosses
" molaires de chaque côté sont cariées.

" Rien au voile du palais.

" Cet enfant n'a jamais été soumis à la médication
" spécifique".

" Ainsi, pour nous résumer, nous voyons chez cet hom-
" me une syphilis ignorée et par conséquent non traitée entraîner la
" conséquence suivante : dans le mariage et dans sa descendance, quatre
" fausses couches, un enfant syphilitique, la mère restée indemne, vrai-
" semblablement protégée par la loi de Baumès, puis, sur le malade lui-
" même, en dehors de toute autre manifestation, production d'une tumeur
" gommeuse du triceps crural, tumeur restée près de dix-huit mois indo-
" lente et presque latente, devenue douloureuse et volumineuse à la sui-
" te d'un traumatisme léger, méconnue et prisé d'abord pour un anévrysme
" traumatique, puis plus tard pour un ostéo-sarcome, aboutissant à l'

" ulcération, reconnue enfin dans sa nature et guérie par le traitement
" spécifique. C'est à cause de ces divers points de vue que cette obser-
" vation nous a semblé intéressante à faire connaître; elle viendra s'a-
" jouter au dossier de la syphilis ignorée et méconnue et montrer tout
" ensemble et les méfaits d'une syphilis ainsi non traitée et l'action
" toujours si merveilleuse dans ces cas du traitement spécifique."

OBSERVATION N° 2

Syphilis tertiaire mutilante, osseuse et cutanée,
Gomme géante du mollet

par MM. CHARRIER et RENON

(Observation de la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu)

" La malade que nous avons l'honneur de présenter à la " Société est entrée le 19 Octobre 1896 à l'Hôtel-Dieu, dans le servi- " ce de notre maître, M. DIEULAFOY. Elle nous a paru digne d'être sou - " mise à votre examen car elle est un rare cas de vastes ulcérations " à marche envahissante et à tendance destructive qui peuvent se ren- " contrer dans une période avancée de la vérole non traitée au début " de l'infection. Elle offre de plus sur le mollet gauche une gomme " géante vraiment exceptionnelle.

" Voici en quelques mots l'histoire de cette malade. " Agée de 46 ans, elle a présenté dans sa première et deuxième enfance " des signes évidents de scrofule, tels que gourme, amygdalite à répé- " tition, écoulements d'oreille, etc. Elle a eu une fièvre typhoïde à " 24 ans. Enfin, bien que l'accident primitif ait été méconnu, la mala- " de donne des renseignements assez précis sur le début des graves lé - " sions actuelles. C'est par le coude gauche qu'auraient commencé les " grandes ulcérations dont vous pouvez apprécier l'étendue, la profon- " deur et la nature. Il y a dix ans, dit-elle, elle reçut sur le bras " gauche un coup violent : depuis ce moment, elle a vu apparaître d'a- " bord au niveau du membre traumatisé, puis sur le bras droit, dans un " point symétrique au bras gauche, des gommes qui se sont succédées les " unes à côté des autres. En même temps que les lésions gommeuses de té- " gument externe, la malade a éprouvé des douleurs violentes, surtout la " nuit, au niveau de l'extrémité inférieure des humérus; ces douleurs ont " abouti à la formation d'un abcès à l'élimination d'un sequestre osseux " du côté droit. A gauche, il y a encore une fistule qui indique com - " bien le système osseux a été touché.

" Successivement, au niveau du sternum, se sont produites " des lésions identiques, qui ont guéri sans traitement. Ces cicatrices, " très visibles, sont caractéristiques. Enfin, au front, il y a dix-huit " mois, la malade a commencé à ressentir de violentes douleurs qui exis- " taient au point où l'on voit aujourd'hui une dépression considérable, " un véritable enfoncement frontal. Cet enfoncement a succédé à un

" gonflement volumineux dur et très douloureux des parties molles et de
" l'os. On peut, par la lésion actuelle, comprendre le processus d'ostéo-
" périostite gommeuse, qui a abouti à la destruction de la table externe
" de l'os, avec épaississement des bords. Nous avons trouvé, au Musée
" DUPUYTREN, une pièce qui explique à merveille ce que l'on devine ici.
" Nous ne pouvons d'ailleurs comparer l'état actuel, à celui de la malade
" lors de son entrée dans le service.

" Il nous reste encore à vous montrer la volumineuse
" tumeur que porte cette malade sur le mollet gauche. Rarement, nous cro-
" yons, on peut observer une lésion gommeuse d'une telle grandeur. Les di-
" mensions de cette gomme sont telles qu'en mesurant la circonférence de
" la jambe saine, et celle de la jambe malade, en passant par le point
" culminant, on obtient vingt-six cm à droite et près de trente-quatre
" à gauche.

" La malade raconte que cette gomme a débuté il y a
" environ trois ans et qu'elle a grossi depuis lors pour atteindre son
" maximum il y a six semaines : depuis lors, elle semble avoir diminué.
" En tous cas, elle est moins molle au centre, moins dure et moins adhé-
" rente à sa base.

" Dans cette observation, nous voulons mettre en
" lumière plusieurs points qui nous semblent particulièrement intéressants:

" 1° - Tout d'abord, jusqu'au 18 - 10 - 1896, cette femme n'a
" subi aucun traitement. Cependant, elle a cicatrisé un certain nombre
" d'ulcérations gommeuses.

" 2° - Si les dires de la malade sont exacts, il y a dix ans que
" ces lésions tertiaires sont apparues pour la plupart.

" Il y a trois ans que progresse la gomme de la jambe.

" Cette extrême lenteur dans la marche envahissante du
" processus est bien rarement observée.

" A quoi peut-on l'attribuer ?

" N'est-on pas en droit de se demander s'il ne s'agit
" pas d'une syphilis évoluant sur un terrain spécial ? Cette grosse
" gomme ne ressemble-t-elle pas, dans sa marche et un peu dans son
" aspect, à un abcès froid ?

" La cicatrice que cette malade présente sur les
" parties droites du cou ne ressemble-t-elle pas aux cicatrices d'é -
" crouelles ?

" Qui ne connait, comme l'a si bien montré
" M.MAURIAC, la prédilection du tertiarisme osseux chez lesstrumeux ?

" N'avons-nous pas affaire, en un mot, sinon à du
" scrofulate de vérole, tout au moins à ce que l'on pourrait appeler
" des syphilides scrofuleuses.

" Nous avons soumis cette femme au traitement de
" M.FOURNIER : mercure en injections d'huile bi-iodurée, selon la for-
" mule du Pr. PAVRAS, et 4 à 6 g. d'iode de potassium. L'amélioration
" a été très considérable le premier mois; depuis, elle semble moins
" rapide.

" M.FOURNIER : Ce qui me frappe avant tout dans ce cas,
" c'est la lenteur extraordinaire de la lésion gommeuse, qui demeurait
" depuis trois ans !

" M. FEUILLARD : L'évolution des syphilomes gommeux présente
" parfois une évolution très longue; je rappellerai notamment un cas
" dont M.FOURNIER se souviendra également, qui est celui d'une malade
" atteinte d'un vaste syphilome de la cuisse, dont la lésion est moulée
" et figure au musée, et a d'ailleurs été reproduite dans l'atlas du
" Musée. Dans ce cas, l'évolution du syphilome, jusqu'au moment où il
" s'ulcéra, dura plus de deux années."

OBSERVATION N° 3

6 Juin 1901

Syphilis maligne

Gomme géante sphacélique du mollet gauche

Signe de ROBERTSON

par MM. A.FOURNIER et P.CROUZON

" La malade que nous avons l'honneur de présenter est " intéressante à deux points de vue : elle présente au mollet gauche " une gomme de dimensions extraordinaires, qui cause une évéritable " mutilation; elle présente, en outre, en dehors de tout autre signe " de maladie organique du système nerveux le signe de ROBERTSON , que " BABINSKI et CHARPENTIER considèrent comme caractéristique d'une sy- " philis acquise ou héréditaire."

(Soc. de Dermatologie, Juillet 1897 - Soc. Médicale des Hôpitaux - 17 Mai 1901)

" Voici d'ailleurs l'observation de notre malade :

" T.A..., âgée de 39 ans, ménagère, entre le 18 Mai 1901 " salle Henri IV, N°4.

" Les antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt.

" Notre malade s'est mariée à 18 ans ½. A eu 8 enfants " bien portants. Il y a quatre ans, son mari a été "malade de la verge"; " on l'a traité par des pilules. Il a eu, peu de temps après, un phleg- " mon cervical, opéré à St-ANTOINE, puis un autre du côté opposé du cou, " mais cette fois, n'a pas été opéré. Un an après son affection de la " verge, est mort presque subitement après deux heures de convulsions.

" Vers l'époque où le mari présentait l'affection de la " verge, la malade a été atteinte d'une éruption siégeant sur la partie " inférieure du tronc, éruption non prurigineuse qui s'est accompa - " gnée de douleurs et tumefactions articulaires. Aucune éruption à " la vulve ni à la bouche.

" Des maux de tête assez violents ont débuté à cette " époque et n'ont pas cessé depuis. Traitement : pilules et iodure

" de potassium, d'abord à l'Hôpital Saint-ANTOINE, puis en ville.

" "A cette époque, a eu des "glandes" au cou qui se
" sont ouvertes, puis au niveau du coude droit, une ulcération qui a
" duré 18 mois. Une éruption est survenue dans les cheveux, puis
" des douleurs articulaires sont revenues. Enfin, depuis quatre ans,
" a été sujette à une série d'éruptions. A la suite d'une dernière
" éruption, survenue en Janvier et généralisée à tout le corps, on
" l'a transportée à la Pitié, croyant à une variole.

" " Le diagnostic a été rectifié et on l'a traitée
" par des pilules et de l'iode.

" A peine rentrée chez elle, elle vit se produire
" sur le momlet gauche une tuméfaction, puis plusieurs autres qui se
" réunissaient. De là résulte une ulcération d'odeur fétide. Insucoès
" du traitement (pilules et iodure de potassium). Se décide à entrer
" à l'hôpital.

" <u>Etat actuel (31 Mai 1901)</u>

" Syphilides pigmentaires du cou, surtout marquées
" au niveau de la nuque et des parties latérales du cou.

" Cicatrice sous-maxillaire, irrégulière, blanche;
autre cicatrice recto-mastoïdienne; autre cicatrice sur le coude droit
" violacée.

" Sur les mains droite et gauche, face dorsale, cica-
" tricœs violacées, irrégulières.

" Sur le tronc et les bras, éruption papuleuse en
" voie de décoloration, semblant plus récente, de coloration cuivrée
" au niveau des avant-bras, de coloration plus brune sur le tronc. Sur
" les membres inférieures, cicatrices violacées irrégulières. Quel -
" ques-unes sont encore recouvertes de croûtes noirâtres.

" <u>Gomme du mollet gauche</u>

" Elle siège sur la face postérieure de la jambe,
" empiétant légèrement sur la face externe, au niveau du tiers inférieur
" du mollet.

" Elle a la forme d'un cercle; le bord supérieur
" n'est pas absolument régulier, mais composé de quelques arceaux. Les

" bords sont taillés à pic. Le fond est absolument noir, avec,çà et
" là, bourbillon jaunâtre. Au centre même, on aperçoit une surface
" rougeâtre qui est le muscle mis à nu.

" L'odeur est fétide, gangréneuse; il s'en écoule
" un liquide séro-sanguinolent.

" Le diamètre suivant l'axe de la jambe est de neuf
" centimètres. Le diamètre transversal est de 10 cm. La profondeur
" de l'ulcère est d'environ deux cm. ...

" Etat général

" La malade est considérablement affaiblie. Elle a
" maigri d'une dizaine de kilogrammes depuis quatre ans. ...

" Elle a quelquefois des frissons et de la fièvre
" le soir. Pas de troubles digestifs. Aménorrhée depuis le mois de
" Janvier dernier. Elle présente une abolition des réflexes des pu-
" pilles à la lumière : tout au plus existe-t-il à la lumière du so-
" leil une faible contraction de la pupille gauche. L'accommodation
" est au contraire parfaitement conservée; c'est donc le signe de
" ROBERTSON.

" Réflexes rotuliens et du tendon d'Achille normaux.

" Pas de troubles de la mobilité, ni de la sensibilité.

" TRAITEMENT.-

" Injection de 1 centigramme de calomel pendant qua-
" tre jours; 4 grammes d'iodure de potassium.

" Il est survenu au bout de 4 jours une stomatite in-
" tense, et depuis, le traitement ioduré a été seul continué.

" Traitement local : bains d'amidon, pulvérisations
" phéniquées , pansement à l'eau oxygénée.

" Amélioration progressive."

...

OBSERVATION № 4

12 Février 1931

Gomme géante de la fesse

par MM. LOUSTE et LEVY - FRANCKEL

" Madame FOUR ... Lydie, âgée de 36 ans, présente
" depuis six mois environ, une énorme gomme ulcérée de la fesse
" droite. Il y a six à huit mois - la malade ne peut préciser davan -
" tage - la lésion a débuté par une tuméfaction arrondie, assez dure;
" il n'y avait pas de phénomènes douloureux, à peine, au dire de
Madame FOUR ..., une sensation de cuisson.

" Peu à peu, très lentement, la tuméfaction s'est ra-
" mollie, est devenue pâteuse, puis franchement molle et la peau a
" commencé à rougir. Enfin, il y a quinze à vingt jours, la tuméfac-
" tion s'est ouverte et la peau s'est percée de nombreux petits ori-
" fices : la peau, dit la malade, est devenue "comme une passoire".
" Actuellement (5 Février 1931), la lésion se présente comme une énorme
" ulcération, très profonde, de la dimension d'un poing, creuse de deux
" à trois centimètres suivant l'épaisseur des bourgeons qui en tapis -
" sent le fond. Le fond est anfractueux, irrégulier, recouvert par pla-
" ce de sanie purulente, figurant en certains points de véritables chif-
" fons d'étoupe.

" Les bords, circinés, serpigineux, présentent sur tout
" leur pourtour une infiltration rosée et sont nettement décollés. Sur
" l'excavation principale s'ouvrent des pertuis secondaires, véritables
" tunnels au niveau desquels le décollement peut atteindre trois à qua-
" tre cm.

" Autour de l'ulcération, la palpation de la fesse permet
" de percevoir une infiltration dépassant les limites de l'ulcération et
" diminuant progressivement à mesure que la main s'approche des tissus
" sains.

" En résumé, chez Mme FOUR ..., existe une gomme très
" volumineuse, ayant évolué lentement; il n'existe chez la malade au-
" cun antécédent bacillaire ou spécifique : nous n'avons sur le mari
" aucun renseignement. Madame F ... a deux enfants dont l'aîné, âgé

" actuellement de treize ans, a été soigné par des injections, aux
" Enfants-Malades, pour une affection oculaire.

" Malgré le décollement des bords, qui, classique-
" ment, dans les gommes syphilitiques, sont taillés à pic et non décollés,
" l'aspect général de la lésion nous fait admettre la nature spécifique
" de cette vaste ulcération, le décollement et l'aspect normal des
" bords peuvent s'expliquer par l'épaisseur de la couche cellulo -
" adipeuse de cette région chez la femme."

OBSERVATION Nº 5

ANNALES DE LA SOCIETE DE DERMATOLOGIE

Sur un cas peu connu de gomme luétique

par Giorgio FALCHI

Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de PAVIE

(Deuxième année - nouvelle série - 1927, fasc.VI 3 figures. (Travail de la cl. dermosyphiligraphique de l'Université de PAVIE dirigée par le Professeur MANTEGAZZA).

"L'auteur rapporte le cas d'une volumineuse gomme " syphilitique du thorax, plus grosse qu'une orange, qui siégerait à " la région lombo-dorsale à la base du thorax. Un chirurgien très com- " pétent, malgré le bon état général, avait diagnostiqué un abcès froid " d'origine osseuse et proposé une intervention sans faire de réaction " de WASSERMAN.

" Celle-ci se montra positive.

" L'auteur discute le diagnostic clinique par des " arguments faciles à imaginer, qui firent pencher la balance en fa- " veur de la syphilis. Un contrôle radiographique fut effectué par un " procédé intéressant : on aspira au moyen d'une seringue une quantité " de liquide qu'on remplaça par de l'huile iodée. On put ainsi étudier " les connexions avec le squelette et l'on put voir que la tumeur était " indépendante, aussi bien des côtes, que de la colonne vertébrale. Le " diagnostic fut confirmé par l'épreuve thérapeutique.

" La femme du malade avec eu six grossesses : deux " premières avec enfants morts ou macérés, quatre autres avec enfants " vivants, sans signes cliniques ou sérologiques de syphilis. Mais " cette femme présentait sur le visage une superbe syphilide tubercu- " leuse circinée qui datait de plusieurs mois.

" Cette observation prête à des remarques intéres - " santes :

" 1° - Alternatives de virulence et de latence de l'in- " fection, aboutissant, soit à des enfants morts, soit à des enfants " sains.

" 2° - Ignorance des deux malades sur leurs anté -
" cédents.

" 3° - Parallélisme d'évolution chez les deux con-
" joints : réveil à la même époque par des accidents de même ordre,
" ce qui serait un bon argument pour les partisans de la dualité de
" virus.

" 4° - Conformité de ce cas avec la règle de FOURNIER,
" d'après laquelle les syphilides tardives sont d'autant plus fréquents
" que les accidents initiaux ont été plus légers.

" 5° - Rareté de la localisation lombaire : une fois
" sur 175 d'après FOURNIER. Cependant, d'après LACAPERE, la fréquence
" serait plus grande chez les Arabes car il a rencontré cette localis-
" sation cinq fois sur 280 cas.

" 6° - Rareté de gommes aussi volumineuses. Chez les
" Arabes, d'après LACAPERE, le cas serait moins exceptionnel.

" 7° - Danger des diagnostics précipités : avant de
" s'arrêter à un diagnostic, il faut toujours le soumettre à tous
" les contrôles cliniques ou de laboratoire. On évitera ainsi par-
" fois une intervention chirurgicale inutile, sinon nuisible.

G. BELGODERE.

Ainsi faut-il s'entendre sur le terme de gomme géante.

Il ne faut pas confondre gomme géante, qui représente l'extension en volume d'une gomme unique et l'infiltrat gommeux ou les gommes diffuses "en nappe", "en galette" qui peuvent aboutir à des lésions aussi et même plus étendues en surface mais moins volumineuses et qui, d'une part, résultent de la fusion de plusieurs gommes, d'autre part, associent d'autres lésions du tissu cellulaire notamment sclérose.

Il faut aussi distinguer les gommes géantes de ce que certains auteurs ont appelé les syphilis segmentaires (GATE, RIOU, COLAS Deux cas de Syphilis segmentaires) décrivant au niveau du genou "une très grosse ulcération bien délimitée, polycyclique en forme de trèfle, ayant les dimensions d'une main, profonde, sanieuse, à bords taillés à pic, avec phénomènes inflammatoires péritensionnels et gros retentissements articulaires". Ici, plusieurs plans similaires sont atteints et il est sans doute très difficile de déterminer le point de départ de la tension, qui a pu être initialement gomme limitée à un terrain et volumineuse. Ainsi, ces syphilis segmentaires peuvent être l'aboutissement d'une gomme géante : c'est bien ce que dit LACAPERE : "l'ulcération gagne en profondeur et atteint les muscles et les os, donnant ainsi à l'accident un aspect composite : il devient impossible dans certains cas de savoir si l'accident a débuté par le tissu cellulaire ou par les plans profonds". Mais il peut aussi s'agir de la fusion et de l'extension de plusieurs gommes ou de lésions prenant origine dans plusieurs tissus simultanément.

Quant au volume, qu'il est essentiel de préciser si l'on admet avec GOLE que le volume habituel d'une gomme s'étend du pois à l'oeuf de poule, on peut estimer que l'on peut parler de gomme géante lorsqu'elle atteint "le volume d'une orange" comme le cite LACAPERE . FOURNIER cite des chiffres de 8 à 10 cm pour la plus petite dimension, étant entendu que ces gommes peuvent atteindre des dimensions beaucoup plus considérables : "tête de foetus", 21 cm dans un cas de FOURNIER.

Nous étudierons plus loin les raisons ou les conditions qui semblent favoriser le développement de telles lésions où semblent jouer des considérations de siège. Notons la répartition dans les cas rapportés :

Membres Inférieurs		
	fesse	1 (LOUSTE)
	cuisse	1 (FOURNIER)
	jambe	3 (CHARRIER et RENON - HEWITT et FOURNIER)
		5
Membres supérieurs		
	épaule	1 (GOUGEROT)
Tête et cou		1 (MENDEVILLE - COSTE)
Tronc		
	Régions dorso-lombaire	2 (DE FALCHI)

LACAPERE ne dénombre pas ses gommes géantes : il parle simplement de la fréquence aux jambes ou la région thoracique :un cliché reproduit une gomme volumineuse de la région lombaire haute.

On peut noter la prédominance pour le membre inférieur : peut-être peut-on évoquer pour cette fréquence les mêmes raisons que celles du gigantisme des gommes que nous analyserons plus loin.

P L A N

Ainsi, après avoir rappelé notre observation, nous envisagerons les différents problèmes avant tout d'ordre diagnostique que peuvent poser de telles gommes :

- problème diagnostique, clinique et radiologique,
- problème sérologique,
- problème thérapeutique

En dernier lieu, nous aborderons le problème pathogénique avec l'analyse du liquide gommeux.

CHAPITRE I

DESCRIPTION DE L'OBSERVATION

- I -

Il s'agit d'un malade de 62 ans, M.Marcel B ...,
venu consulter le 30 Novembre 1955 à l'Hôpital Broca pour une tu-
méfaction de la partie moyenne de la jambe gauche apparue trois
mois ½ auparavant et ayant atteint en 1 mois ½ le volume actuel.

Il s'agit d'une tumeur très volumineuse, énorme,
en fuseau, occupant toute la partie moyenne de la jambe où elle
saille sur la face antérieure, l'occupant entièrement. Elle n'est
pas mesurée à cette date mais le volume de la jambe à son niveau
est au moins doublé.

La face postérieure de la jambe est normale, le fût
osseux parait intact.

La peau qui la recouvre est violacée, lisse,disten-
due, il n'existe aucun signe d'inflammation à son niveau.

La consistance est ferme dans l'ensemble, avec des
zônes plus molles, notamment au centre de la tumeur où le doigt qui
déprime perçoit une sensation de pseudo-fluctuation.

Donc, une tuméfaction volumineuse, froide, non ul-
cérée, dure, avec des zônes ramollies pseudo-fluctuantes. Enfin, lors
de ce premier examen, cette tumeur n'entraîne aucun signe fonctionnel,
aucune gêne, elle est spontanément totalement indolore; la pression de
la masse, par contre, est douloureuse, et son installation avait en -
traîné une certaine gêne.

Nous reviendrons sur l'examen du membre, mais il
n'existe pas d'adénopathie.

- II -

L'histoire de cette tumeur est bien curieuse. Son apparition remonte à la mi-Août, soit 3 mois ½ avant la consultation, marquée par quelques signes fonctionnels.

Fourmillements dans la fesse, à la face postérieure de la cuisse, à la jambe, à la partie interne du pied.

Son siège initial est plus bas que celui où nous la voyons, à la partie inférieure de la jambe proche de la cheville . Elle atteint, en 1 mois ½, le volume actuel.

Une cure de 8 injections de Pénicilline, dont nous ignorons les doses et la date précise, la fait regresser;mais, en huit jours après la cessation du traitement, elle a repris son volume initial.

- III -

Devant une lésion aussi curieuse, le diagnostic de gomme n'est évoqué qu'avec circonspection, malgré le contexte frappant d'arthropathies tabétiques.

1.- Le malade est un tabétique évident, mais il s'agit essentiellement d'un tabès sensitivo-trophique,associant douleurs fulgurantes et arthropathies, avec peu de troubles de la sensibilité profonde.

Les douleurs fulgurantes ont marqué l'entrée dans la maladie : douleurs lombaires en ceinture en 1920, puis douleurs des deux membres inférieurs (mollet et pied) en 1935.

Les arthropathies ont fait leur apparition en 1942 touchant d'abord la cheville droite, puis le genou gauche en 1945 :

- A la cheville droite, il s'agit essentiellement d'une atteinte de la tibio-tarsienne, avec déformation des extrémités osseuses, augmentation de volume, tuméfaction froide.

- Le genou gauche est très augmenté de volume, la déformation est considérable avec valgus de la jambe gauche gênant la marche de façon importante; les mouvements sont limités, notamment la flexion.

L'examen radiologique montre une véritable dis - location de l'article, les plateaux tibiaux et les condyles sont déformés, associant raréfaction osseuse et production anormale ostéophyte, condensation osseuse notamment périostique; une fracture spontanée consolidée du col du péroné est restée cliniquement latente.

On ne note pas dans les antécédents de crise viscérale.

Les autres signes cardinaux du tabès sont diffi - ciles à interprêter :

- Les signes oculaires, en raison d'une irideotomie droite totale pratiquée en 1952 (pour cataracte);

néanmoins, on aurait noté, en 1936, dans le service MILIAN, une inégalité pupillaire avec areflexie à la lumière.

- L'état des réflexes tendineux du fait des grosses déformations des membres inférieurs, Néanmoins on retrouve l'achilléen gauche et le rotulien droit.

Il en est de même du signe de RONBERG et il n'existe pas d'incoordination aux membres supérieurs.

Par ailleurs, il existe une certaine hyperlaxité des membres, une analgésie testiculaire.

Le reste de l'examen viscéral montre :

- un foie débordant de deux travers de doigt,
- un double souffle de la base à l'auscultation, témoin probable d'une aortite

2.- Les antécédents de syphilis sont anciens et indiscutables.

Syphilis contractée en1913, avec sérologie positive qui est négativée par du 606, traitement dont nous ignorons la durée.

Le malade reste ensuite sans traitement pendant six ans jusqu'à l'apparition des douleurs en cyanure en 1920,pour lesquelles il reçoit du gamma.

Mais, en fait, ce n'est qu'en 1935, à St-Louis, dans le service MILIAN, à l'occasion des douleurs en éclair, que le diagnostic de tabès est porté et qu'un traitement correct est appliqué Arqueritol-Muthanol, Cyanure, Quinby jusqu'en 1954.

Cependant, le l.c.r. est normal (1952).

La sérologie est négative.

EN CONCLUSION :

- Syphilis indiscutable, irrégulièrement traitée à son début.
- Tabès également indiscutable, quoique Oligo-symptomatique.
- Aucun autre antécédent sauf un traumatisme de la jambe gauche sans fracture (en 1945) là où siège la gomme

3.- Examens complémentaires

a.- L'examen radiologique montre :

- au niveau de la tumeur une opacité diffuse homogène des parties molles,
- en regard, au niveau du tibia, sur les clichés pris sous différentes incidences, un épaississement périosté et notamment un éperon périosté à chaque extrémité de la corticale sous-tendant la tumeur et autour de ces éperons des images en feux d'herbe qui se retrouvent aussi, plus discrètement, entre les éperons.

b.- La sérologie

Nous avons vu que les examens sérologiques chez ce malade avaient presque constamment été trouvés négatifs depuis plus de 25 ans, en dehors de petits crochets discordants, c'est-à-dire :

Meinicke à ++ en 1952
Un H_2 en 1953

Cette négativité demandait cependant à

être contrôlée pour éliminer une fausse négativité par réaction de zône.

Des dilutions ont été pratiquées et la sérologie est restée négative.

Les seuls éléments biologiques positifs étaient :

- NELSON
- I.D. luétine

c.- L'évacuation du liquide (600 cm3 recueillis) n'a été réalisée qu'à propos de la biopsie que désirait pratiquer R.TUBIANA, car on pensait à un sarcome des parties molles et on craignait un éclatement de la peau. C'est au moment de l'incision que le liquide gommeux est apparu, a été recueilli et qu'ensuite la biopsie a pu être pratiquée.

Les autres examens biologiques pratiqués sur le liquide gommeux visaient à éliminer d'autres étiologies possibles.

- ensemencement sur Loewenstein : négatif
- ensemencement sur milieu de SABOURAUD : négatif

d.- Enfin, la biopsie a montré :

- dans un tissu fibreux, dense, ne présentant aucun caractère tumoral, des lésions de périartérite et de mésartérite lympho-plasmocytaire typique et même de périnévrite lymphoplasmocytaire.

Cette biopsie confirme le diagnostic de gomme.

IV. EVOLUTION

L'évacuation de plus d'½ litre de liquide gommeux, à l'occasion de la biopsie, a amené un affaissement très net. La cicatrisation fut rapide.

On peut schématiser l'évolution de la gomme de notre malade en deux périodes :

- période de traitement classique,
- période de traitement par la pénicilline

L'évacuation du liquide et la biopsie ont été pratiquées le 14 Décembre 1955; une reproduction partielle le 29 Décembre oblige à une ponction évacuatrice.

1.- Le 7 Janvier 1956, un traitement à l'iodure de potassium est institué à raison de 3 g par jour à doses initiales progressives; le traitement est bien supporté sans larmoiement, ni pratiquement d'écoulement nasal.

Localement, la tension a cédé. La gêne disparue. La coloration de la peau est redevenue normale; il existe toujours une certaine fluctuation, bien que très atténuée. La déformation a diminué. Le traitement est poursuivi jusqu'au mois de Mars, date à laquelle :

- la jambe est revenue à ses dimensions normales,
- la ponction ne retire que 2 cc de liquide,
- la coloration de la peau est normale,
- il n'y a plus aucune douleur, sauf au niveau de la cicatrice d'incision, qui est par moments sensible.
- la circonférence du mollet est de 31 cm
- On note seulement à la partie moyenne de la face antérieure de la jambe, sur une dimension de 7 cm x 3 cm une "espèce de creusement" que le doigt déprime, donnant une sensation demi-fluctuante au palper par rapport aux bords qui sont plus durs.

Trois semaines environ après l'arrêt du traitement, on note une légère reprise du gonflement local qui se traduit par une circonférence du mollet de 32 cm. Cet état reste stationnaire un mois.

C'est en Avril que survient la rechute.

Augmentation nette de volume avec fluctuation, Circonférence du mollet à 34 cm.

2.- C'est alors (26 Avril 1956) que le traitement par la Pénicilline- Benzathine est institué. 10 injections par cure à raison de deux par semaine de 600.000 unités chacune.

L'amélioration n'est pas franche : il persiste une fluctuation nette; il existe encore du liquide dans la gomme de 20 à 30 cc.

Une deuxième cure de même durée et aux mêmes doses est pratiquée au mois de Juillet. La fluctuation demeure identique.

Au retour des vacances, le 13 Octobre, une augmentation de volume très nette peut être notée, avec 36 cm de circonférence au niveau du mollet, 29 cm au-dessus de la pointe de la malléole externe gauche.

3.- La Prednisone est administrée à cette date à raison de 15 mg par jour per os.

Sous l'influence de ce seul médicament, la tumeur fond rapidement.

On note les mensurations suivantes :

- 34 cm ..... le 18 Octobre,
- 33 cm ..... le 25 Octobre
- 32 cm ..... le 10 Novembre
- 31 cm ..... les 15 et 24 Novembre

La diminution de volume de la jambe est nette.

Au Cortancyl est ajoutée une nouvelle cure d'extencilline le 24 Novembre 1956.

L'amélioration se poursuit. On note 30 cm de circonférence le 4 Décembre, la disparition totale de la fluctuation le 26 Décembre, date de la dernière injection de pénicilline.

Une légère augmentation de volume est renotée en Février Février 1957. Une 4ème série d'Extencilline est prescrite à cette date.

Au mois de Juin, la gomme a totalement disparu.

L'évolution de cette gomme géante a donc duré en tout presque deux ans,

- cédant une première fois à la pénicilline, mais récidivant aussitôt,
- cédant alors mais plus lentement à l'iodure,
- une légère rechute a cédé à la Prednisone après avoir subi peu de modifications avec la Pénicilline - Benzathine.

CHAPITRE II

PROBLÈME DIAGNOSTIQUE

Comme le dit FOURNIER, c'est là tout l'intérêt de ces gommes géantes. Il est à noter que ce diagnostic est d'autant plus ardu que la gomme est vue avant le stade d'ulcération.

- I -

- Quels sont donc les diagnostics classiques des gommes ?

De nombreux peuvent être évoqués :

Fibrolipome - Kystes sébacés pour FOURNIER,

abcès chaud, hypodermites pyococciques - sarcoïdes - lipomes dit Cougerot - cysticercose - ou chocerchose même (Finger in Jadassohn)

Néanmoins, il est habituel d'en retenir essentiellement trois autres :

- tuberculose,
- mycose,
- cancer.

Cliniquement, le diagnostic est extrêmement difficile entre ces différentes affections.

La tuberculose a pour elle, la perception de fongosités devant une sensation de fausse fluctuation.

La spirotrichose - il s'agit exceptionnellement d'actinomycose de consistance plus dure - évoluerait plus rapidement, 8 semaines dit Cougerot - reste au stade tumoral et réalise des lésions vomumineuses.

Mais dans l'un comme dans l'autre cas, il s'agit bien de gommes et on conçoit que l'aspect clinique soit assez univoque

Une observation de DU CASTEL en 1901 (gommes syphilitiques ou tuberculeuses) en est l'exemple, et, plus récemment, une observation de GATE (1938 - Ulcération gommeuse syphilitique à caractère de scrofulodermes)

- Gommes syphilitiques types sporotrichoïdes Nicolas MASSIA 1931

Les arguments cliniques en faveur du cancer sont plus sérieux et FOURNIER les envisage longuement.

Le cancer a pour lui son unicité,
son irrégularité,
l'existence de douleurs,

surtout l'adhérence à la peau, aux plans profonds,

enfin, l'existence d'adénopathies.

JUIF ajoute dans sa thèse : l'évolution rapide; or, c'est souvent un signe trompeur.

FOURNIER donne le volume comme autre argument et c'est bien pourquoi ce diagnostic est évoqué au premier chef devant une gomme géante "exposée à être prise pour des tumeurs malignes" "elles peuvent donner prétexte à des interventions à la fois des plus dangereuses et des plus regrettables".

Telle est du moins l'opinion à cette époque.

Plus tard, il semble que cette notion du danger soit battue en brèche. L'intervention est inutile se contentent de dire GOUGEROT et LACAPERE.

Elle parait au contraire actuellement, du moins sous forme de biopsie, le dernier recours.

- II -

En effet, la clinique étant le plus souvent impuissante - nous l'avons vu - à résoudre le problème, à quels arguments avoir recours :

Cette difficulté est bien soulignée par LEFRANC dans sa thèse, qui reprend les éléments de diagnostic.

1.- Le contexte en est l'élément essentiel :

- terrain syphilitique ou tuberculeux,
- existence d'autres lésions spécifiques : "Le propre des lésions tertiaires est d'être multiple"

dit FOURNIER

Dans les observations anciennes, notamment, c'est l'argument fondamental.

- la constatation de fausses couches à répétition chez la femme de son malade et de malformations congénitales évocatrices chez un des enfants, est, pour FEULARD, un argument essentiel.
- les mêmes arguments se retrouvent dans l'observation de FALCHI.
- la multiplicité des lésions rend le diagnostic plus douteux, ainsi dans l'observation de CROUZON : éruption, syphilides pigmentaires sont associés et même dans une observation plus récente de DEPARIS BOLGERT portant sur "une lésion siégeant sur la région pariétale postérieure gauche, au voisinage immédiat du lambda, ulcération de 3 cm x 4 cm rouge à fond bourgeonnant, entourée d'une zône de la dimension d'une paume de main ramollie, un peu saillante, légèrement fluctuante et dont la pression fait sourdre par l'ulcération un liquide légèrement filant", bien que cette ulcération soit infectée et que l'on retrouve, à l'examen cytologique du liquide, des polynucléaires et des germes secondaires nombreux, l'existence de lésions semblables au niveau du sternum, de la région axillaire et d'une paralysie laryngée impose le diagnostic.

Nous en arrivons à la coexistence d'accidents nerveux : C'est en effet assez fréquent que de telles gommes surviennent chez des sujets tabétiques, comme notre malade et celui de COSTE, ou atteint de paralysie générale. Nous verrons quelles considérations pathogéniques cette coexistence peut évoquer, mais du point de vue diagnostique, nous considérons actuellement les signes neurologiques comme un argument en

faveur de la nature syphilitique de l'accident cutané. Il est intéressant de remarquer que c'était l'inverse à une certaine époque et voici ce que disaient FOURNIER et GASNE par exemple (4 Juillet 1901) à ce sujet :

" On observe rarement - tous les neuropathologistes
" sont d'accord sur ce point - des manifestations cutanées ou viscérales
" spécifiques, des gommes par exemple, dans le cours du tabès ou de la
" paralysie générale ..... Il y a des cas plus nombreux qu'on ne pense
" où la coexistence a été démontrée."

L'existence de lésions cutanées fut un argument essentiel pour démontrer que ces maladies nerveuses étaient d'origine syphilitique : c'est avec prudence et se fondant sur le seul signe d'ARGYLL ROBERTSON que CROUZON retint ce signe comme argument dans son observation.

Les thèses de DUBOIS (LYON, 1905) et de DORLEANS (PARIS, même année) sont consacrées à ce problème. DORLEANS cite notamment cinq observations de gommes.

Il faut remarquer d'ailleurs que l'anamnèse serait inexistante : syphilis méconnue ou latente : dans les observations de GOLE prise 1942, silence clinique de 50 ans, de FEULARD, de FALCHI. MICHEL (Un cas de syphilis tertiaire méconnu pendant 17 ans, 1936) ou trompeuse comme dans le cas de FAVRE où la gomme apparait peu après une pleurésie.

2.- Réactions sérologiques

La sérologie n'est pas exceptionnellement négative à la période tertiaire. Il faut exiger actuellement le test de NELSON.

La sérologie peut être négative - CHAPUIS GOLE. On admet qu'elle l'est dans 48 % des cas de gommes cutanées-HURIEZ et BAELDEN.

Voici ce qu'en dit LEFRANC : Sans être une preuve mathématique de la spécificité, elle n'en demeure pas moins un signe très important et c'est surtout ainsi qu'il faut la considérer. Maitre symptome , son résultat n'a pas cependant la valeur d'une loi absolue.

3.- Culture du liquide

L'ensemencement du liquide n'apporte que des éléments négatifs.

Pourtant, en 1941, CLEMENT SIMON et MOLLINEDO ont pu mettre en évidence par imprégnation à l'argent des granules spirochetogènes dans le suc des gommes syphilitiques.
"La recherche des granules a été d'un précieux recours, d'autant plus que le malade assurait n'avoir jamais eu de chancre et que ses réac - tions sérologiques étaient normales."

4.- Examen radiologique

qui peut prêter à de grandes discussions : en effet,

- d'une part, les gommes osseuses ont souvent des aspects radiologiques trompeurs.
- d'autre part, au voisinage des gommes on note souvent des remaniements comme dans notre observation, qui peuvent faire discuter.

Nous y reviendrons.

5.- Traitement d'épreuve

" La critère thérapeutique est d'une immense importance " LEFRANC.

- à l'iodure, habituellement, mais LACAPERE rappelle que l'iodure guérit la sporotrichose et il conseille également le mercure.

GOUGEROT fait remarquer cette ambivalence également dans son observation de 1951.

Fait curieux, ce traitement à l'iodure semble encore valable à l'heure actuelle ainsi qu'en témoigne la même observation (Syphilides gommeux pénicillo-résistants guérissant par l'iodure).

L'épreuve du traitement a aussi un autre intérêt dit LEFRANC : réactivation ou affirmation de réactions sanguines négatives douteuses ou faiblement positives, c'est le cas de notre malade.

Enfin, lors de la coexistence avec une autre lésion (épispino de la lèvre.SEZARY-EVRARD 1941). Il permet de faire la part de celle-ci.

6.- On conçoit que des difficultés convergentes puis - sent mener à la biopsie et LEFRANC la cite au même titre que les au - tres examens. On insiste peu sur ses difficultés. Pourtant FAVRE, à propos de l'observation de GATE (Déc.1938) remarque cette difficulté d'interprétation et de distinction avec des lésions tuberculeuses.

- III -

Voyons dans les cas publiés avec quoi les gommes ont prêté à discussion.

Deux des cas de FOURNIER sont pris pour des sarcomes.

Un autre pour une tuberculose cervicale ou une actino - mycose. Le cas de FALCHI est interprété initialement comme un abcès froid pottique.

Epis cutanés sur les cas de gomme du nez surtout

(CHEYEZ et CALAS 1953 - Nicolas ROUET 1937)

FEULARD,dont le malade a failli être désarticulé, cite également un cas de LE DENTU rapporté au Congrès de 1889 "d'un de nos confrères à qui un professeur de la Faculté avait conseillé l'amputa - tion de la jambe pour un sarcome suppuré et qui guérit par le traitement spécifique.

On voit donc que :

- d'une part, il est juste de dire que ces gommes prê- tent à erreur presque à tout coup,
- d'autre part, le sarcome est l'erreur la plus fréquente.

Avant d'envisager la discussion à propos de M. B ..., voyons ce que dit LACAPERE à propos de ces gommes sur ce terrain si particulier des Nord-Africains.

- Un diagnostic supplémentaire un peu spécial : la lèpre et il fit le diagnostic, soit sur le contexte, soit sur le prélèvement nasal.

- Autrement,"le diagnostic de nature est toujours facile à reconnaître" et cela tient chez lui à la multiplicité des lésions dans la plupart des cas.

- Mais, dit-il, ce qui est difficile à déterminer, c'est le point de départ de l'accident,, son centre osseux ou musclé, car "la seule difficulté diagnostique est due quelquefois à la propagation de l'ulcère aux plans sous-jacents : l'ulcération atteint les muscles et les os, donnant à l'accident un aspect composite et il devient impossible, dans certains cas, de savoir si l'accident a débuté par le tissu cellulaire ou par les plans profonds.

- IV -

Dans le cas de notre malade, c'est à un sarcome que l'on a pensé, en dépit du terrain syphilitique évident :

- en raison de l'énormité de la tumeur, de la déformation en fuseau de la jambe et de son apparition rapide,

- et surtout des images radiologiques précédemment décrites éperons périostés et images en feux d'herbes aux extrémités

1.- Certes, quelques arguments plaidaient contre une tumeur maligne :

- l'intégrité de la corticale sous-jacente,

- l'absence de calcification au sein de la tumeur, témoin de l'envahissement des parties molles, par le processus anarchique osseux.

Mais, même à l'heure actuelle, pour CREYSSEL, certaines formes de syphilis hyperostosantes et de syphilis sclérogomneuses avec rarefaction au centre de l'os et réaction périostiques périphériques peuvent représenter un diagnostic extrêmement difficile.

C'est aussi ce que NICOLAS et FAVRE disent (Les pseudo-sarcomes syphilitiques), ainsi que TAVERNIER (Le diagnostic

radiologique des ostéo-sarcomes). DUBOIS, dans sa thèse, parle d'images géodiques, mais il insiste sur l'hyperostose considérable, avec une véritable éburnation de l'os et par ailleurs toujours périostite importante; dont l'évolution n'est nullement parallèle à l'atteinte de la corticale. Enfin, la gomme a tendance très nette à franchir le périoste pour envahir les parties molles.

L'argument thérapeutique conserve ainsi toute sa valeur.

WATRIN et BEUREZ décrivent des géodes mal limitées à contours flous avec hyperostose.

De nombreuses observations ont été ainsi publiées : Pseudo-sarcome syphilitique de l'extrémité inférieure de l'humérus (FAVRE 1931) et FERRABANC 1937)

La confusion est particulièrement facile au niveau des maxillaires (HALPHEN, 1935, DECHAUME et SPILLMANN 1939)

2.- Non seulement les gommes des os sont parfois difficiles à interprêter, mais encore les gommes cutanées au voisinage des os, s'accompagnent de modification de ceux-ci.

- Périostite marginale du péroné dans une observation de JOULIA d'un malade de 62 ans présentant une vaste ulcération recouvrant les trois quarts antérieurs de la jambe gauche.

- Dans l'observation de COSTE, état vermoulu avec de grosses lacunes complètement décalcifiées sur toute l'écaille du frontal et le pariétal droit, descendant vers l'écaille du temporal.

- Amincissement de la corticale correspondant au siège de l'ulcération dans une observation de BOUGEROT d'une syphilide gommeuse de la région frontale gauche arrondie comme tracée au compas de 80 mm de diamètre.

Cependant, GATE note l'intégrité complète du squelette sous-jacent à des gommes cutanées des jambes chez une jeune algérien, évoquant le diagnostic presque exclusif de la syphilis sur ce terrain.

3.- Si l'on ajoute le fait que le point de départ de la gomme peut également prêter à discussion, encore que les gommes des

os préludent par des douleurs atroces bien caractéristiques, bien que, pour FRANGERHEIM in JADASSOHN elles puissent manquer,

- et que la biopsie a ramené du tissu osseux nécrosé, on voit que plusieurs des éléments peuvent, sur une image radiologique, induire en erreur

- La destruction osseuse, qui pourtant sur le sarcome ne donne pas de véritable sequestre.

- l'épaississement périosté qui peut aboutir, comme dans notre cas, à l'existence d'un véritable éperon

- et c'est seulement l'absence totale d'images de calcification et l'absence d'anarchie dans ces remaniements qui, du moins dans notre cas particulier, parait vouloir réfuter le diagnostic de malignité.

On conçoit cependant qu'une biopsie soit pratiquée.

Il reste à envisager deux problèmes :

- d'une part, l'étude des connexions exactes de ces gommes géantes.

Dans le cas de FALCHI, seule, l'injection d'huile iodée a permis d'éliminer l'abcès pottique en montrant l'absence de toute connexion osseuse. Nous n'avons pas eu dans ce siège à pratiquer cet examen.

Mais dans notre cas, les connexions sont certaines, puisque la biopsie a ramené des fragments nécrosés.

Des radiographies prises avec des rayons noirs, comme l'ont proposé les allemands auront été ici inutiles.

Mais ceci repose le problème de l'origine exacte de la gomme " le plus difficile" pour LACAPERE.

Nous pensons ici qu'elle est sous-cutanée, du fait :

- de son évolution, rapidité, absence presque complète de douleurs,
- de son aspect radiologique,
- de l'aspect histologique.

Mais nous n'en avons aucune preuve.

CHAPITRE III

PROBLÈME SÉROLOGIQUE

Le problème sérologique se rattache directement au problème diagnostique. Des réactions sérologiques positives seraient, en effet, de haute valeur pour affirmer l'origine syphilitique d'une gomme. Or, une des principales difficultés de diagnostic réside précisément dans le fait qu'à la periode tertiaire, elles sont souvent négatives.

- I -

C'est le cas de notre malade.

Au moment où la gomme était en plein développement, la sérologie classique se montra totalement négative à plusieurs reprises.

Par contre, le test de NELSON était à 100 % d'immobilisation spécifique.

Ainsi, sans l'aide du TIT , il s'agit d'une gomme avec sérologie négative.

- II -

La négativité de la sérologie en matière de syphilis tertiaire ne parait pas exceptionnelle pour MICHAUX en matière de syphilis nerveuse, pour FROMENT en matière de syphilis vasculaire. LACAPERE lui-même ne s'en étonne pas. CHAPUIS et GOLE disent : La sérologie peut être négative. On admet qu'elle l'est dans 48 % des cas de gommes cutanées

Cependant, cette opinion a été récemment battue en brèche par certains auteurs, en particulier PAUTRIZEL et LE COULANT

pour qui les gommes s'accompagnent toujours de réagines, pour eux, la négativité ne serait qu'apparente et serait due en réalité à un phénomène de zône; il s'agirait donc d'une hyperpositivité que l'on pourrait mettre en évidence en poussant les dilutions.

Dans notre cas, la fausse négativité par phénomène de zône a pu être éliminée par des dilutions progressives.

Pour CHAPUIS et GOLE : il y aurait survivance régionale d'anticorps alors que ceux-ci ont disparu du sang.

LACAPERE en Afrique du Nord trouvait plus fréquemment des réactions positives et attribuait cette différence, d'une part à la plus grande diffusion des lésions chez ses malades, d'autre part, à l'évolution plus prolongée de celles-ci du fait de leur négligence et de l'absence de traitement.

- III -

Cette négativité des réagines est interprêtée par les auteurs précités comme un argument contre le diagnostic de gomme syphilitique.

Nous pensons, au contraire, apporter suffisamment de preuves contre cette interprétation et pour la nature syphilitique de cette gomme malgré l'absence de réagines :

- Les antécédents de syphilis reconnue et insuffisamment traitée,
- Les signes associés du Tabès,
- A l'examen histologique, la nécrose gommeuse et la vascularité lymphoplasmocytaire,
- La disparition de la gomme sous l'effet du traitement par la pénicilline,
- La positivité totale du test de NELSON,
- Enfin, l'apparition de réactions sérologiques positives et d'ailleurs oscillantes lors des examens répétés à la suite du traitement par la pénicilline, comme le montre le tableau chronologique suivant :

DATES	H	KAHN	KLINE	Kg
30.11.55	8	-	-	
12. 7.56	8	..	-	
13.10.56	6	+	+	
15.11.56	7	+ -	+ -	
26.12.56	8	-	-	
2.2.57	8	+	++	4 U
23.10.57	7	+ -	+	

Nous n'envisageons ici que les réactions pratiquées pendant l'évolution de la gomme : rappelons que dans la période antérieure, après une courte phase de positivité, les réactions étaient constamment restées négatives.

Ainsi , de petites oscillations ont pu être notées et même, peu avant la guérison de la gomme, un virage suffisant du KLINE pourpratiquer un dosage quantitatif.

Nous avons vu que pour LEFRANC, un des intérêts du traitement d'épreuve et de réactiver les réactions sanguines douteuses, négatives ou faiblement positives.

De telles oscillations sont assez fréquentes spontanément au cours de la Syphilis tardive. Mais il est intéressant de noter que, chez notre malade, le premier virage concordant pour les trois réactions du 13.10.56 a été retrouvé avant l'institution de la prednisone , après l'institution de la deuxième cure de pénicilline, la première ayant été commencée le 26 Avril, à raison de deux injections de 600.000 unités d'extencilline par semaine; la deuxième ayant été instituée le 12 Juillet, c'est au retour de vacances, en Octobre, que les réactions ont été pratiquées. C'est alors que la prednisone est instituée à raison de 15 mg par jour : la sérologie suivante, pratiquée le 15 Novembre, est douteuse mais concordante. Enfin, à la suite d'une nouvelle cure de pénicilline, jointe cette fois à la prednisone la sérologie est entièrement négative le 26 Décembre.

Une deuxième oscillation de la sérologie est à noter également en 1957 : Les réactions pratiquées au mois de Février permettent même un dosage quantitatif et ce virage des réactions coïncide avec une rechute clinique, la tumeur ayant augmenté de volume : une cure de pénicilline est prescrite et pratiquée, puis une deuxième le 12 Juin, sans que la sérologie ait été contrôlée dans l'intervalle et cette fois alors que la gomme a totalement disparu. Le contrôle suivant pratiqué en Octobre ne montre pas une négativation totale, alors que pratiquement depuis Juillet, le malade est considéré comme guéri de sa gomme. Une cure d'extencilline est prescrite à cette date. La dernière sérologie pratiquée le 5 Mars 1958 est totalement négative.

Il est difficile de tirer des conclusions de ces oscillations des réagines . Néanmoins, le premier virage peut peut-être être interprêté comme le résultat d'une réactivation. Le second parait coïncider avec une rechute.

CHAPITRE IV

PROBLEME THÉRAPEUTIQUE

Ceci nous amène à envisager le problème du traitement de la gomme.

- I -

Pour les Classiques, FOURNIER, LACAPERE, Henri FEULARD entre autres, l'iodure de potassium est le traitement spécifique, il fait fondre et disparaître la gomme. C'est même un traitement d'épreuve.

Les incidents sont bénins : rhinorrhée le plus souvent n'amenant pas à interrompre le traitement.

Lorsque l'iode ne peut être utilisé :

- soit qu'il soit peu efficace ou mal toléré,
- soit qu'il soit contre-indiqué en cas de lésions tuberculeuses par exemple,

on peut utiliser le mercure : c'est ce que préconise notamment LACAPERE.

LEFRANC a pu voir associer Cyanure-Bismuth -
Novarsenobenzol -

- II -

1.- Ce traitement, nous l'avons vu, a été utilisé chez notre malade à la dose de 3 g. par jour pendant plus de deux mois; il a été remarquablement bien supporté; la dose quotidienne n'a été atteinte que progressivement.

L'action de cette thérapeutique a été manifeste : fonte de la tumeur, disparition de la tension locale, retour à la normale de

la coloration cutanée. Trois semaines environ après la fin du traitement s'annonçait une rechute, devenue nette deux mois après.

2.- Deux séries de pénicilline-Benzathine de 10 injections de 600.000 Unités chacune, à raison de deux par semaine, donc étalées sur 5 semaines ont été pratiquées. L'une en Avril, la deuxième en Juillet de la même année.

Une certaine amélioration a pu être obtenue mais pas la guérison complète et même au retour de vacances, en Octobre, une augmentation de volume de la jambe très nette a pu être notée.

Il semble donc que l'utilisation de la pénicilline-Benzathine seule n'ait pas été un succès complet.

3.- La Prednisone , utilisée à la dose de 15 mg par jour pendant plus de dix mois, administrée seule d'abord, puis avec la pénicilline, a pu obtenir la fonte totale de la tumeur.

Il faut donc insister, dans le cas de notre malade, sur le rôle essentiel de la prednisone .

On sait que celle-ci peut être utilisée au cours de la Syphilis tertiaire pour prévenir les accidents de réactivation, réaction d' Heixheimer.

Son action ici semble double :

- d'une part anti-inflammatoire comme complément de la pénicilline,
- d'autre part, elle semble avoir également une action directement anti-syphilitique.

4.-EN CONCLUSION :

il semble, à l'heure actuelle, que,
avec la pénicilline d'une part,
- les dérivés cortisoniques d'autre part, on soit remarquablement armé pour réduire les gommes syphilitiques, même de volume remarquable.

5.- Une remarque doit être faite à propos de notre malade : à plusieurs reprises, des ponctions évacuatrices ont été pratiquées, même après l'évacuation par la biopsie de 600 cm3 de liquide initial.

A deux reprises : 2 cc puis 10 cc ont dû être retirés, accélérant l'amélioration.

Ceci est en contradiction avec une observation de GOUGEROT dans une gomme de l'épaule grosse comme une tête d'enfant et diagnostiquée sarcome. On ne put retirer que 40 cc de sérosité.

Ce phénomène est attribué par JEANSELME à la persistance d'une masse nécrosée : le bourbillon qu'on ne peut évacuer : on trouve sur le trocart des filaments effilochés : c'est le signe de la ponction. Nous n'avons pas retrouvé ce signe.

Dès lors, on peut remettre en question, semble-t-il, le dogme de l'intangibilité de ces tumeurs.

L'acte chirurgical, tant craint des classiques au niveau des gommes géantes, a été, dans notre cas, favorable.

- III -

Dans les observations que nous avons relevées, il est intéressant de voir que plusieurs auteurs ont observé comme nous la même insuffisance de la pénicilline.

L'observation la plus remarquable à ce point de vue est celle de GOUGEROT et Mme PILLET (13.3.47) :(Syphilis gommeuse regressant lentement par pénicilline et bismuth. Efficacité de l'iodure) d'une femme de 57 ans présentant une ulcération arrondie de 80 mm de diamètre comme tracée au compas de la région frontale gauche. De la pénicilline est administrée à raison de 2 millions 400.000 U. en 8 jours, suivie d'une série de treize injections de Quinby . L'amélioration est nette : le fond devient propre . Un sillon d'élimination autour du bourbillon apparait, mais le liseré d'épidermisation de la gomme est à peine amorcé malgré six semaines de traitement. On commence l'iodure de potassium per os jusqu'à 4 g. par jour. On assiste alors à la transformation de l'état local en quelques jours : le liseré apparait nettement rétrécissant la plaie de 10 mm sur tout son pourtour.

Une deuxième observation de GOUGEROT et BLUM en 1951, retrace une histoire analogue : il s'agissait ici de plusieurs syphilides gommeuses de 45 à 80 mm de diamètre occupant la région du dos des épaules et du vertex. L'échec du Cyanure de Bismuth et de la pénicilline est tel que l'on en vient à douter du diagnostic, à rechercher par les prélèvements une tuberculose ou une mycose, à l'examen par une biopsie. Quatre à six jours d'iodure de potassium par jour pendant trois semaines font disparaître la lésion.

Ailleurs, la pénicilline agit remarquablement :

Il en est ainsi :

- du cas de Syphilis plurigommeuse de DUPERRAT, MASSIAS et J.P.DUBOIS (1952) où 20 millions de pénicilline avaient amené une amélioration considérable chez un malade de 68 ans présentant ses lésions depuis 1946;
- d'une gomme du nez de CHAMPY et CALAS (21.2.1953);
- de la Syphilis tertiaire historique de LE COULANT et TEXIER (19.11.1955) où 20 millions de pénicilline avaient amené une cicatrisation rapide.

Les doses administrées semblent beaucoup plus considérables.

Pourtant, MARGAROT - RUIBANO - RAVOINE , dans un cas de Syphilis tertiaire précoce apparue six mois après le début d'une syphilis traitée par novar et bismuth, obtient la réduction par 3 millions de pénicilline, suivie d'une série de novar et de bismuth.

Et COSTE obtint la disparition totale de la gomme en un mois avec 5 millions de pénicilline administrée en 12 jours.

On ne peut qu'énoncer ces faits sans conclure, sinon qu'il ne faut pas s'attendre toujours à un résultat concluant de la pénicil - line.

L'utilisation de l'hormonothérapie est plus récente. L'A.C.T.H. a été utilisée par JOULIA, TEXIER, FRUCHARD, en 1955 chez un malade de 62 ans, présentant une vaste ulcération recouvrant les 3/4 antérieurs de la jambe gauche à bords éversés durs polycycliques à fond purulent suintant. Sérologie positive. A la radio : périostite marginale du péroné. Une biopsie a confirmé le diagnostic. Un traitement par pénicilline - cyanure et localement amnios greffé a été à peu près inefficace. L'A.C.T.H. utilisé à la dose de 100 mg par jour obtient l'épidermisation de la lésion pour la moitié de sa surface en huit jours, puis l'amélioration se poursuit plus lentement.

L'action des hormones semble donc favorable et notre observation confirme ce fait.

CHAMPY , à la réunion dermatologique du 15 Juin 1954, déclare que la Cortisone peut être discutée, il lui attribue un effet essentiellement tissulaire.

CHAPITRE V

Nous en venons enfin à rechercher une interprétation du gigantisme de cette gomme.

- I -

LACAPERE émet à ce sujet quelques affirmations pittoresques.

Pour lui, en effet, ce sont les "frottements lents qui déplacent en masse les téguments et tiraillent le tissu cellulaire qui provoquent les gommes" alors que les traumatismes répétés et localisés provoquent les syphilides. C'est ainsi que "on observe très fréquemment des gommes du front chez les arabes du fait du tiraillement de la peau du front produit par le contact avec la natte de la mosquée pendant la prière"

On a évoqué également le traumatisme physiologique des maxillaires pour expliquer la fréquence des gommes sur cette région.

L'interprétation de l'extension considérable des lésions chez les indigènes et suivant le siège parait beaucoup plus valable.

Ceux-ci, en effet, ne s'inquiètent que d'une ulcération. Une tumeur, même volumineuse, ne les amène pas à consulter et ce manque de soins parait un facteur essentiel sur ce terrain. Encore, les indigènes laissent-ils évoluer les ulcérations toujours avant de s'inquiéter, au point que tous les plans peuvent être atteints et qu'on ne reconnait plus le point de départ de la lésion.

SUSINI (Syphilis des Nord-Africains) invoque le fatalisme des musulmans, La déficience du terrain et peut-être une virulence spéciale du germe.

Les considérations quant au siège sont intéressantes :

" C'est dans les régions où l'extension de la gomme n'est pas limitée par des adhérences étroites de la peau avec les plans profonds, qu'elle peut atteindre le volume d'une orange ou d'une tête de foetus. Elle augmente de volume pendant plusieurs semaines. Une fois complètement ramollie , elle continue encore à s'accroître car le tissu cellulaire qui entoure la lésion participe peu à peu au processus d'infiltration. "

" C'est dans la région dorso-lombaire qu'on observe ainsi des gommes très volumineuses où la lésion a plus de facilité à s'étendre latéralement entre la peau et l'aponévrose et à pousser latéralement sur le tissu cellulaire qu'à travers les téguments.

L'observation de FALCHI, une des observations de FOURNIER tendraient à confirmer ce point de vue.

Mais il va plus loin et alors que les gommes sont fréquentes aux jambes, elles s'y développent cependant surtout sous forme d'infiltrats . En effet, " il ne peut s'y développer de gomme volumineuse à cause du peu d'écartement des plans cutanés et aponévrotiques, car c'est une région où les trousseaux fibreux unissant le derme à l'aponévrose superficielle sont courts et serrés.

Il a toutefois vu des jambes "entièrement décortiquées par les ulcères gommeux".

Pourtant d'indiscutables gommes géantes peuvent siéger ailleurs : cuisse (FOURNIER) , mollet (FOURNIER).

LOUSTE à propos d'une gomme de la fesse pense que-"le décollement et l'aspect anormal peuvent s'expliquer par l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse de cette région chez la femme"

Pour LACAPERE, cette tuméfaction anatomique est "réglée par la composition intérieure des tissus".

CHARRIER & RENON évoquent l'extrême lenteur dans la marche envahissante du processus. L'inverse parait plus valable notamment à propos des syphilis malignes précoces, souvent 6 à 10 mois après le chancre (ELIASCHEFF, MARGAROT, BLAN et GIRARD)

Il faut certainement également incriminer une notion de terrain :

- association de paludisme de tuberculose pour SUSINI
- terrain "scrofuleux" pour CHARRIER.

- II -

A propos de notre malade, quels facteurs retenir ?

Le traumatisme assez violent puisqu'il détermine une plaie dix ans avant l'apparition de la gomme, mais il est difficile de savoir si le siège est rigoureusement le même et cette précession parait bien lointaine.

Le traumatisme est fréquemment retrouvé à l'origine des gommes. Il est très net dans l'observation de FEULARD, violent au point de produire une ecchymose, mais de nombreux cas de syphilis post-traumatique ont été rapportés : notons les observations de MILIAN et LOTTE en 1926, GOUGEROT et FILLIOL, après morsure de chien et injection sous-cutanée (1926; REBATU et GATE : lésion gommeuse de la région deltoïdienne (1932), PAUTRIER et DOMANSKI : gomme de la région fronto-pariétale (1932).

Une discussion eut lieu à la Société de Dermatologie le 11 Mars 1926 où furent citées de nombreuses observations et de travaux expérimentaux.

Les mécanismes suivants furent évoqués :

- Libération des tréponèmes du manchon périosté par le traumatisme,
- Destruction d'éléments anatomiques,
- Modification de la circulation locale,
- Ralentissement, interruption dans les cicatrices, permettant l'arrêt et la pullulation des germes.

Une explication de PARISIS semble intéressante : Les tissus de néo-formation ne participeraient pas aux réactions d'immunité .

- l'existence du tabès

la proximité des arthropathies,
l'existence de lésions de périostite proches de la lésion

Mais c'est, à notre connaissance, le premier cas observé associant une gigantesque gomme et un tabès sensitivo-trophique ainsi riche de manifestations articulaires.

Celui de COSTE est réduit à une areflexie et un Argyll-Robertson. Le cas de CROUZON comporte ce seul signe.

Nous avons vu que cette association n'est pas classique. FOURNIER GASNE disent même que les accidents nerveux représenteraient une sorte de vaccination qui mettraient le malade à l'abri des accidents qui menacent les autres syphilitiques.

Ils ajoutent cependant : il y a de nombreux cas où la coexistence a été discutée. En témoignent les thèses de DUBOIS et de DORLEANS.

On pourrait invoquer au contraire une sensibilité spéciale des tissus des tabétiques, connaissant le rôle fondamental du système nerveux dans la vie des tissus. Spécialement, lorsqu'il s'agit d'un tabès aux riches manifestations trophiques.

Il est à noter qu'il n'a pas été observé au moment de l'installation de la gomme chez notre malade de troubles vasomoteurs particuliers et il est difficile d'admettre sans preuves qu'une dystrophie tissulaire locale d'origine neuro-vasculaire a permis le développement de cette gomme.

III.- *DISPOSITIONS ANATOMIQUES*

Composition interne ou état trophique des tissus ne sont peut-être pas sans avoir de rôle dans la production de cette gomme.

Mais ne peut-on également incriminer une "virulence" spéciale du processus gommeux, une composition particulière du tissu de la gomme permettant un envahissement étendu ?

Que peut-on conclure de la composition chimique du liquide retiré tel que son abandance en a permis le détail ? On ne trouve nulle part ces renseignements et les auteurs se contentent de décrire un liquide "filant, visqueux, analogue à la substance qui s'échappe de l'écorce des cerisiers".

Le liquide semble très difficile à évacuer pour GOUGEROT, SIMON et MOLLINEDO ont recherché des granules spirochétogènes dans le suc des gommes, sérosité recueillie, diluée dans du serum physiologique, fixée aux vapeurs d'acide osmique et imprégnée à l'argent suivant la méthode de P.SEGUIN.

Ces granules pour SEGUIN représenteraient des formes de résistance.

Le liquide, remarquable par sa viscosité, apparait comme une sorte de mélange de plasma sanguin et de muco-polysaccharides.

Il possède du plasma sanguin les caractéristiques essentielles mais avec des taux plus bas :

- protides 36 g
- plasma 0.85
- cholestérol : 0.40.

Surtout, la viscosité peut être rapportée à la présence de muco-polysaccharides, ceux-ci authentifiés :

- par l'épreuve à l'hyaluronidase.
- la teneur en hexosamine
- les colorations à l'acide périodique Schiff sur des bandes d'électrophorèse sur papier

Cependant, le phénomène de la métachromasie au bleu de Toluidine n'est pas retrouvé, ce qui tend à penser qu'il ne s'agit pas d'acide hyaluronique.

Comment interpréter la présence de ces muco-polysaccharides, conséquence ou cause de la lésion ? Ils paraissent exister dans presque tous les processus nécrotiques mais quel serait leur rapport avec le processus d'extension de la gomme ?

Il est à noter à ce sujet une discordance intéressante entre l'examen du liquide in vitro qui n'a pas révélé de métachromasie et les colorations histo-chimiques qui montrent,

au bleu de Toluidine une métachromasie que fait disparaître l'hyaluronidase.

Cette différence s'explique peut-être la par la présence dans la paroi gommeuse d'une quantité d'acide qui disparaîtrait dans la zône totalement nécrosée centrale.

Y a-t-il un rapport entre ce fait et le fait que le malade ait, à un moment donné, présenté des ecchymoses spontanées avec un taux de prothrombine à 80 %, un test de tolérance à l'héparine augmenté de l' par rapport au témoin?

Y a-t-il un rapport entre une hypocoagulabilité aussi minime et l'extension de la gomme ou plus précisément y a-t-il un rapport entre les muco-poly-saccharides de la gomme et l'héparine qui est, elle aussi mucco-poly-saccharide. Est-ce la résorption de ceux-ci sous l'influence du traitement qui a entraîné une hyperhéparinémie passagère ?

On ne peut interprêter tous ces faits sans s'avancer beaucoup sur le chemin des hypothèses. Il est néanmoins intéressant de considérer, à côté des conditions locales et de l'état des tissus, la composition du liquide gommeux.

CONCLUSIONS

A propos d'une observation de Gomme géante syphilitique :

- les rares observations de Gomme géante sont passées en revue et les critères de gigantisme sont discutés.

- le problème diagnostique est surtout discuté, en raison des erreurs diagnostiques auxquelles exposent ces gommes géantes, de par leur volume même :

  a.- Le diagnostic clinique essentiellement se pose le plus souvent - et particulièrement dans notre observation - avec un sarcome osseux ou plus rarement avec un sarcome dans les parties molles ou encore avec une gomme tuberculeuse ou mycosique.

  b.- Le diagnostic radiologique est surtout soulevé par les gommes géantes des membres qui peuvent, en intéressant le périoste, poser le problème d'un sarcome osseux. Après avoir indiqué les signes radiologiques qui peuvent prêter à erreur, on rappelle le signe majeur de bégninité, l'intégrité de la corticale qui doit faire éliminer le sarcome.

  c.- Le diagnostic sérologique est posé chez notre malade par la sérologie négative avec test de NELSON positif. Notre cas confirme la notion classique de gommes syphilitiques avec sérologie négative et fait exception aux conclusions des travaux récents qui nient cette possibilité : des arguments cliniques, sérologiques et histologiques concordants en font foi. D'où l'intérêt majeur d'un test de NELSON positif, même isolé, devant certaines masses pseudo-sarcomateuses.

d.- Le diagnostic histologique n'a d'intérêt que dans les cas à sérologie négative qui simulent, comme le nôtre, un sarcome. Dans de tels cas, l'interdit classique contre la biopsie doit être levé, à la condition que celle-ci soit faite par un chirurgien qui se tienne prêt à faire une grande intervention d'exérèse s'il s'agit d'une tumeur . Un examen histologique extemporané pourrait alors être utile pour guider les limites de l'exérèse.

e.- L'épreuve du traitement est discutée dans ses modalités classiques et par la Pénicilline. Elle n'a pas une valeur absolue, moins encore depuis la Pénicilline, mais une valeur de probabilité et un intérêt pratique considérables. Dans des gommes géantes sous tension, comme chez notre malade, on peut voir se reformer la gomme après chaque amélioration amenée par une série de Pénicilline.

- Le Problème thérapeutique n'est guère différent dans l'ensemble, de celui que posent toutes les gommes syphilitiques : l'ioduro de potassium a eu, dans notre cas, un effet indiscutable mais insuffisant. La pénicilline a dû être employée en séries importantes et répétées, en raison des récidives de la gomme.

Des évacuations répétées du liquide gommeux ont été nécessaires, ainsi que l'association de Prednisone, dont le mécanisme d'action est discuté.

Enfin, les causes du gigantisme de certaines gommes sont discutées. Les études chimiques et histochimiques pratiquées sur le liquide et la paroi ne permettent pas jusqu'à maintenant d'en expliquer le mécanisme.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. S A R R A I L H

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE de PARIS :

L. B I N E T

Le PRESIDENT de la THESE :

R. D E G O S

BIBLIOGRAPHIE

I.- BIBLIOGRAPHIE des OBSERVATIONS CITEES

1.- HEWITT J. - MEYER J.J. - THIERREE R. - NEMANTEAU J.P. - Chimie : FABIANI P.-

Bulletin de la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie - T. 63 - n° 2 - 1956.

Gomme géante prétibiale pseudo-sarcomateuse avec sérologie négative chez un tabétique ancien. Examen clinique du liquide gommeux.

2.- FEULARD.-

Bulletin de la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie - 12 - 2 - 1891.

Syphilis ignorée et méconnue. Vaste tumeur gommeuse de la cuisse datant de deux ans et guérie en deux mois par le traitement spécifique.

3.- FOURNIER - CROUZON.-

Syphilis maligne. Gomme géante sphacélique du mollet gauche. Signe de ROBERTSON.

Bulletin de la société française de Dermatologie et de syphiligraphie. 6 Juin 1901.

4.- CHARRIER - RENON.-

Syphilis tertiaire, mutilante osseuse et cutanée. Gomme géante du mollet.

Bulletin de la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 10 Décembre 1896.

5.- LOUSTE et LEVY-FRANCKEL.-

Gomme géante de la fesse.

Bulletin de la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 12 Février 1931.

6.- COSTE - PIGUET - BOISSIERE.-

Ostéite gommeuse de la région pariétale chez un tabétique. Guérison par le traitement pénicilline - bismuth.

Bull. Soc. Franç. Derm. - 13 Février 1947.

7.- GIORGO FALCHI.-

Sur un cas peu connu de gomme luétique.

Bull. Soc. Médico-chirurgicale de Pavie 1927.

II.- BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- ARAGER - JACOB.- Gommes et ulcérations syphilitiques. Dégénérescence maligne. Thèse Paris 1934.

- BALZER - BELLONI.-

Eléphantiasis syphilitique du membre inférieur.

Bull. Soc. Franç. Derm. 1913.

- BENARD P.M.G.- La syphilis du musulman Nord-Africain en France. Thèse Paris 1947.

- BLANC et GIRARD.-

Gomme syphilitique précoce du frontal.

Bull. Soc. Franç. Derm. Juillet 1948.

- BOUDET - MONOD.- Syphilis tertiaire lupoïde mutilante évoluant depuis deux ans chez une femme de 53 ans.

Bull.Soc. Franç. Derm. Novembre 1945.

- BOUDET P. - et TOMMASSI N.-

Syphilis secondaire coexistante avec une gomme du frontal chez une Nord-Africaine.

Bull. Soc. Franç. Derm. Février 1955.

- BOUNOUILLOU.- Contribution à l'étude des gommes précoces. Thèse Paris 1909.

- BOURE.- Diagnostic des gommes sous-cutanées par les rayons mous.
Arch. Derm. et Syph. - 1952.

- BUNEAU.- Traitement local des gommes par injection d'iodure de potassium.
Thèse - Paris - 1906.

- CHABANE L.O.- Gomme sous-cutanée en nappe. Thèse - Paris - 1889.

- CHABIAC.- Ostéomyélite gommeuse. Thèse - Paris - 1858.

- CHAMPY - CALAS.- Gomme syphilitique du nez.
Bull. Soc. Franç. Derm. 1953.

- CHAMPY - STAHL, NANCY - Les modifications des glycoptèmes étudiées par la méthode de MAC-NAMM dans différentes lésions cutanées.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1952

- CHAPUIS - GALL - DUPERRAT - Deux cas de gomme sur la place de l'ancien chancre chez des syphilitiques à Nelson négatif
Bull. Soc. Fr. Derm. Mars 1954

- CLEMENT SIMON et MOLLINEDO - Présence de granules spirochétogènes dans le suc des gommes syphilitiques
Bull. Soc. Franç. Derm. 13 - 3 - 1941

- DAMIER Traité de Dermatologie

- DECHAUME Gomme de la branche montante du maxillaire
Bull. de la Soc. Fr. Derm. 1935

- DECHAUME Gomme du maxillaire
Bull. Soc. Franç. Derm. 1955

- DEGOS R. - HEWITT J. - Gomme du frontal succédant à une syphilis préséro-logique traitée pendant quatre ans par un traitement arsenical bismuthée et mercuriel.

Bull. Soc. Franç. Derm. Nov. 19 5

- DEPARIS - BOLGERT - BLANC - HERLEMENT - Ostéite gommeuse du crâne, du sternum, de la région axillaire avec médiastinite et paralysie laryngée chez un vieillard atteint de syphilis latente

Bull. Soc. Franç. Derm. 1946

- DROUET Ulcère végétant de la jambe d'un syphilitique avec ostéolyse du tibia

Bull. Soc. Fr. Derm. 1935

- DROUET Un cas de syphilis cutané tertiaire à point de départ traumatique

Bull. Soc. Fr. Derm. 1950

- DUBOIS Paul Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabès

Thèse LYON, 1906

- DUBOIS J.L. Ostéodystes fibrogéodiques syphilitiques,

Thèse PARIS 1935

- DUBROUELLE Traitement local des accidents tertiaires

Thèse PARIS, 1884

- DUCASTEL Gommes syphilitiques ou tuberculeuses

Bull. Soc. Fr. Derm. 1901

- DULONG Charles Des gommes sous-cutanées

Thèse PARIS 1876

- DUPERRAT - BANOUN Gomme de la région pariétale
Bull. Soc. Fr. Derm. 1951

- DUPERRAT - GILLET - Ostéite frontale d'aspect gommeux contemporaine de la roséole

Bull. Soc. Fr. Derm. Mars 1950

- DUPERRAT - GRILAIRE - VALETTE - Ostéite gommeuse du crâne contemporaine de la roséole

Bull. Soc. Fr. Derm. Février 1956

- DUPERRAT - MASSIAS - DUBOIS J.P. - Syphilis pluri-gommeuse

Bull. Soc. Fr. Derm. Déc. 1952

- DORLEANS Gaston Coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec tabès et P.G.

Thèse PARIS, 1906

- ELIASCHEFF Olga Gommes syphilitiques tertiaires précoces

Bull. Soc. Fr. Derm.

- FAVRE - Gomme tertiaire de la face et du cou

MASSIA

- FAVRE Sur un cas de syphilides régionales

Soc. Fr. Derm. Réunion de LYON, 1935

- FAVRE - PETONAUD - BROCHIEN - Pseudo-racine syphilitique de l'extrémité inférieure de l'humérus

Bull. Soc. Fr. Derm. 1931

- FERRABANC - LIEUX - Pseudo-sarcome syphilitique de l'humérus

Bull. Soc. Fr. Derm. 1937

- FICHOT Gommes du foie,

Thèse PARIS, 1909

- FINGER Haut syphilis gummi in Jadassohn

- FOURNIER - Traité de la Syphilis

- FOURNIER - GAME - Syphilides gommeuses et P.G.
Bull. Soc. Fr. Derm. 4 Juil. 1901

- FRANCOIS J. VEINENT - Gomme syphilitique de l'hypophyse
Acta Neurol. Psychol. Belg. 1955

- FRANGERHEIN - KNOCKER - Syphilis in Jadassohn

- GACHAT - MAUGESS - Evolution des signes radiologiques de la gomme osseuse
Bull. Soc. Fr. Derm. 1942

- GANS - Syphilis tertiaires de la peau
Die Med-welt 1951

- GATE - BOUDET - Gommes cutanées multiples revenues après un silence clinique de 50 ans
Bull. Soc. Fr. Derm. Juin 1942

- GATE J. - BAUDET P. et ETIENNE R. - Processus gommulique et suppuratifs locaux des membres inférieurs remontant à 20 ans, avec poussée récente au niveau du pied droit
Bull. Soc. Fr. Derm. 1948

- GATE - CHANIOL - A propos de gomme cutanée des jambes chez un jeune algérien
Bull. Soc. Fr. Derm. 1935

- GATE - MOREL - Spécificité tertiaire cutanée avec grande anémie hyperchrome - Guérison des syndromes par la pénicilline
Bull. Soc. Fr. Derm. Mai 1955

- GATE J. - PERNEL J. - Ulcération gommeuse syphilitique de la tempe à caractère de scrofuloderme.
Bull. Soc. Fr. Derm. Mars 1939

- GATE - RIOU - CALAS - Deux cas de syphilides régionales
Soc. Fr. Derm. R. de LYON - 21 Nov. 1935

- GAUCHER - LACAPERE - Un cas de gomme rétro-oculaire
Bull. Soc. Fr. Derm. 1901

- GOLE - Encyclopédie médico-chirurgicale - Dermatologie
Syphilis tertiaire

- GOUGEROT - Pratique dermatologique

- GOUGEROT - Gommes syphilitiques lipomateuses

- GOUGEROT H. - BLUM P. - Syphilides gommeuses pénicillo-résistantes guérissant par l'iodure
Bull. Soc. Fr. Derm. Juin 1951

- GOUGEROT - Mme PILLET - SAVATAN - Syphilis gommeuses regressant lentement par pénicilline et bismuth - Efficacité de l'iodure
Bull. Soc. Fr. Derm. 13 - 3 - 1947

- GOUGEROT - PILLIOL Syphilis post-traumatique après morsure de chien
Bull. Soc. Fr. Derm. 1926

- GOUGEROT - PILLIOL - Syphilis après injection sous-cutanée de caféine
Bull. Soc. Fr. Derm. 1926

- GUIBE Iodure de potassium dans le traitement des gommes
Thèse PARIS 1893

- HALPHEN Gomme du sinus maxillaire pseudo-néoplasique
Bull. Soc. Fr. Derm. 1935

- HUEBSCH R.F. Gomme du palais avec perforation
Oral surg. Med. Path. Juillet 1955

- JEANSELME - Les maladies vénériennes

- JEANSELME - Traité de syphiligraphie

- JOULIA - LE COULANT - TEXIER - Syphilis tertiaire historique positive et Nelson négatif
Bull. Soc. Fr. Derm. Mars 1955

- JOULIA - TEXIER - FRUCHARD -
Bull. Soc. Fr. Derm. 5 Mars 1955

- JUIF - ARTHE - Contribution à l'étude des gommes et en particulier des gommes vaginales
Thèse PARIS 1957

- KAPLAN - Ostéomyélite - Gomme syphilitique de l'humérus
Arch. Fr. Pédiatrie 1947

- LACAPERE - La syphilis anale, 1923

- LAMBERT - Gommes cutanées multiples et symétriques
Thèse PARIS 1940

- LANE G.R. - Syphilome sous-cutané fibroïde
Lancet, 1955

- LAPLANCHE Ulcère gommeux de la jambe
Thèse 1907

- LATOUPHIS - Gommes syphilitiques du larynx
NICE, PARIS 1884

- LAYANI F. DURUPT - MARY - Ostéopériostite gommeuse syphilitique du tibia
Rev. Rhum. Oct. 1955

- LECOULANT - TEXIER - Syphilis tertiaire historique
Bull. Soc. Fr. Derm. 19 Mai 1955

- LECUYER - Gommes du sterno-cleido-mastoïdien
Thèse PARIS 1881

- LEFRANC Yves - Contribution à l'étude des formes végétantes hyperkératosiques et pseudotumorales de la syphilis
Thèse LYON 1947

- LOGEY - Gommes syphilitiques précoces
Thèse 1907

- MALHURET Deux cas de syphilis tertiaire
Bull. Soc. Fr. Derm. 1950

- MARGAROT - RUIBAUD - RAVOINE - Lésions gommeuses apparues six mois après le début d'une syphilis traitée
Bull. Soc. Fr. Derm. 13 - 5 - 1948

- MASSIAS - Gommes syphilitiques du myocarde
Arch. CAEN - Oct. 1947

- MAZAUD - RAINAUT - MOISSINAC - Une cause bénigne de tumeur endocranienne
La gomme cérébrale
Bull. Méd. A.O.F. 1957

- MERVEAU N.J. - Recherche sur la viscosité des organes
Thèse 1910

- MICHEL - Un cas de syphilis tertiaire méconnue pendant 17 ans -
Revue Dermatologique de LYON, 1936

- MILIAN - Pratique dermatologique.

- MILIAN - LOTTE - Syphilis post-traumatique.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1926.

- MILIAN - MEYER - Erythème atrophiant syphilitique des jambes avec gommes.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1923.

- MILLON Mlle C.L. - Nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique.
Thèse Paris 1922.

- NICOLAS et FAVRE - Les pseudo sarcomes syphilitiques .
Bull. S.M.N.P. 1914.

- NICOLAS - ROUET - Syphilis tertiaire : ulcération mutilante de la racine du nez.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1937 .

- NIGOZZI - BARIETY - DESESTRES - Syphilis tertiaire gommeuse à localisation ostéo-articulaire.

- NITI L. - Un cas de gomme syphilitique.
Minerva Médical - 24 - 3 - 1949.

- O'LEARY et MONTGOMERY - Dermatology.

- PAUTRIER - DOMANSKI - Syphilis fronto-pariétale post traumatique.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1932.

- PERNIN - LION - La gomme sèche au 16ème siècle.
Thèse Paris 1923.

- PINARD - ALPHEN - Syphilis ulcéro-gommeuse rebelle de la bouche.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1931.

- RAMAGE - Gommes ganglionnaires.
Thèse Paris 1879.

- REBATTU - GATE - Syphilis post traumatique du deltoïde.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1932.

- RENARD - Gomme de l'épiglotte.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1950.

- RICORD - Lettres sur la syphilis - 1834.

- RICORD - Quelques observations.

- ROMAGNY -et GAUTIER - Gommes épiphysaires constatées au 20ème jour chez un nouveau né. Sérologie négative, guérison radiologique sous traitement à la Pénicilline.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1954.

- SAMAMA Henri - Un cas de syphilis osseuse du radius.
Thèse Paris 1932.

- SCHMIDT - JARANILLO - DAUPHIN - Gomme tuberculoïde, une variété rare de syphilis cutanée.

Am. J. Syph. Mars 1950.

- SEZARY - EVRARD - Coexistence d'une gomme et d'un épithélioma spiro-cellulaire de la lèvre.

Action du traitement spécifique.

- SNIDERMANN et GLICKLICH - Syphilis tardive avec gomme rare de l'orbite.

Arch. Derm. et Syph. Octobre 1940.

- SPILLMANN - WEILLE - CREHANGE - Gomme syphilitique de la région malaire.

Bull. Soc. Fr. Derm. Mars 1939.

- SUSINI P.M.A. - Considérations sur la siphilis des indigènes en Algérie.

Thèse Paris 1919.

- TAVERNIER - Le diagnostic radiologique des ostéo-sarcomes.

Bull. Soc. Fr. Derm. 1914.

- Le TELLIER Adrien - Gommes syphilitiques précoces.

Thèse Paris 1896.

- THIERS H. - Gomme syphilitique du frontal apparue après une pleurésie.

Bull. Soc. Fr. Derm. Janvier 1949.

- TZANCK - SIDI - DUPERRAT - Gomme syphilitique de la région pariétale. 1.4.1938.

- UNNA - Histopathologie of diseases of skin.

- VACHON- BOURGEOIS - Syphilis tertiaire historique cutanée et osseuse.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1949.

- VIGNE - FOURNIER - Syphilis tertiaires ulcéro-gommeuses.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1931.

- WATRIN J. - BEUVEZ J. - MONPELLE J. et TREHEUX - Syphilis tertiaire à gomme osseuse multiples.
Bull. Soc. Fr. Derm. Décembre 1951.

- WATRIN - JEANDIDIER - MICHON - Syphilis tertiaires à formes multiples cutanée et musculaire.
Ann. Dermato syphi. 1944.

- WEIS J. - WELLE R. - Syphilides tertiaires ulcéreuses multiples.
Bull. Soc. Fr. Derm. 1935.

- WEISS P. - GOLDMAN L. - Jarres en céramiques Nazcas de l'époque Précolombienne représentant peut-être des gommes des jambes.
Ann. J. Syphil. 1954.

- WIGGALL R. - Gomme syphilitique bénigne tardivement plus de 60 ans après l'injection.
Ann. J. Syph. 1949

- WOLF- Syphilis tertiaire du nez forme pseudo tuberculeuse. Thèse - Paris - 1947.